



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**CAMILA VITÓRIA DA SILVA**

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER:  
O PLANEJAMENTO FAMILIAR EM QUESTÃO**

**João Pessoa  
2017**

**CAMILA VITÓRIA DA SILVA**

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER:**

**O PLANEJAMENTO FAMILIAR EM QUESTÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Universidade Federal da Paraíba como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Nívia Cristiane Pereira da Silva

**João Pessoa**

**2017**

Silva, Camila Vitória da

Direitos sexuais e reprodutivos da mulher: o planejamento familiar em questão./ Camila Vitória da Silva. - João Pessoa, 2017.

96 f.il.:

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nivia Cristiane Pereira da Silva

1. Direitos sexuais. 2. Direitos Reprodutivos. 3. Planejamento Familiar. 4. Patriarcado. I. Título.

BSE-CCHLA

CDU 364.67

**CAMILA VITÓRIA DA SILVA**

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER:**


**O PLANEJAMENTO FAMILIAR EM QUESTÃO**

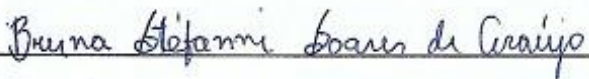
Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Universidade Federal da Paraíba como parte dos  
requisitos necessários para obtenção do título de  
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 01/11/2014

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profª Drª Nívia Cristiane Pereira da Silva – UFPB  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Profª Msª Alecsônia Pereira Araújo – UFPB  
Examinadora Interna

  
\_\_\_\_\_  
Msª Bruna Stéfanni Soares de Araújo – UFPB  
Examinadora Externa

*Dedico este trabalho a todos que  
contribuíram direta ou indiretamente em  
minha formação acadêmica*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora de Aparecida por sempre estarem me guiando e me protegendo em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais pela força, apoio e pelo amor incondicional. Agradeço especialmente à minha mãe por ser essa mulher guerreira e trabalhadora. Obrigada por terem se dedicado tanto a mim.

À minha irmã, Eliane, por seu apoio e dedicação. Você foi fundamental em minha jornada.

À Jurandir, Tania e Marcone por sempre estarem me apoiando, me socorrendo nas horas em que não conseguia voltar pra casa, por me amarem e me alegrarem.

Aos meus amigos, em especial Mikaelle e Isabelle, pelo companheirismo e disponibilidade para me auxiliar nos meus vários momentos.

À Maria Bernadete, assistente social que me orientou no estágio supervisionado obrigatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley, por sua confiança em mim.

À Nívia Cristiane, por ter aceitado me orientar e formar essa parceria, pela sua paciência e dedicação em todo processo de criação. Agradeço pelo respeito e incentivo ao meu trabalho, por torna-lo melhor a cada orientação. Por ter me mostrado a o verdadeiro significado do feminismo.

À Alecsonia Pereira e Bruna Stéfanni por aceitarem fazer parte desse momento tão importante em minha vida. Meus sinceros agradecimentos.

Agradeço à todos que contribuíram no decorrer da minha jornada acadêmica.

E principalmente a todas as mulheres que lutaram e ainda lutam até hoje pela nossa bandeira. A batalha apenas começou.

## RESUMO

O presente texto tem por objetivo analisar a responsabilização social da mulher no que se refere ao planejamento familiar e compreender quais as determinações históricas, teóricas e políticas da sociedade patriarcal e capitalista no controle do corpo e da sexualidade das mulheres. Tem como eixo central de análise, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A aproximação com o tema se deu a partir da observação participante com base na experiência vivenciada no Hospital Universitário Lauro Wanderley na Unidade de Atenção à Mulher. O tipo de pesquisa adotado foi a bibliográfica e documental, ambas de análise qualitativa e quantitativa. Como fundamentação teórica elegemos autores (as) como: Cisne (2014), Engels (2002) Saffioti (2004), Lessa (2012) Sirelli e Cruz (2017), Polignano (221), Alves (2006), Utsch (2016), Scavone (2010) e Diniz e Medeiros (2010). Os resultados obtidos possibilitaram compreender as determinações históricas e sociais da opressão e exploração dos corpos e da sexualidade das mulheres que levam a responsabilização social destas durante o planejamento familiar em comparação ao homem.

**Palavras Chave:** Direitos sexuais; Direitos reprodutivos; Feminismo; Planejamento Familiar; Patriarcado.

## **ABSTRACT**

The present text aims to analyze the social responsibility of women in relation to family planning and to understand the historical, theoretical and political determinations of patriarchal and capitalist society in the control of the body and sexuality of women. Its central axis is the sexual and reproductive rights of women. The approach to the theme happen from the participant observation based on the experience lived at the Lauro Wanderley University Hospital in the Women's Care Unit. The type of research adopted was the bibliographical and documentary, both of qualitative and quantitative analysis. As a theoretical basis we chose authors such as: Swan (2014), Engels (2002), Saffioti (2004), Lessa (2012), Sirelli and Cruz (2017), Polignano (2001), Alves (2006), Utsch (2016), Scavone (2010) and Diniz and Medeiros (2010). The results obtained allowed to understand the historical and social determinations of the oppression and exploration of the bodies and the sexuality of the women that lead to the social responsibility of these during family planning in comparison to the man.

**Keywords:** Sexual rights; Reproductive rights; Feminism; Family planning; Patriarchy.



## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 -</b> Métodos Anticoncepcionais – Brasil .....	<b>64</b>
<b>Gráfico 2 -</b> Taxas de fecundidade por idade e taxa de fecundidade total (TFT). PNDS 1996 e 2006 .....	<b>77</b>
<b>Gráfico 3-</b> Taxas de fecundidade total, segundo características sociodemográficas. PNDS 1996 e 2006.....	<b>78</b>
<b>Gráfico 4 -</b> Taxa de fecundidade total observada e desejada. PNDS 1996 e 2006 .	<b>78</b>
<b>Gráfico 5-</b> Porcentagem de nascimento ocorridos nos 5 anos anteriores à pesquisa, segundo o planejamento. PNDS 1996 e 2006 .....	<b>79</b>
<b>Gráfico 6-</b> Porcentagem de mulheres atualmente unidas que usam métodos anticoncepcionais, segundo idade. PNDS 1996 e 2006. ....	<b>80</b>
<b>Gráfico 7-</b> Porcentagem de mulheres atualmente unidas e mulheres sexualmente ativas não unidas usando algum método, segundo o tipo de método usado. PNDS 1996 e 2006 .....	<b>81</b>
<b>Gráfico 8-</b> Porcentagem de mulheres esterilizadas segundo o momento da realização da cirurgia. PNDS 1996 e 2006 .....	<b>82</b>
<b>Gráfico 9-</b> Porcentagem de mulheres que atualmente usam métodos modernos, segundo a mais recente fonte de obtenção, por método específico. PNDS 2006 ....	<b>82</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Realização de aborto segundo características sociais mulheres de 18 a 39 anos, Brasil urbano, 2010. ....	<b>67</b>
<b>Tabela 2</b> – Características de mulheres que fizeram aborto mulheres de 18 a 39 anos, Brasil urbano, 2010. ....	<b>68</b>
<b>Tabela 3</b> - Distribuição relativa das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso de métodos contraceptivos e tipo de método, por classe econômica no Brasil em 1996 e 2006. ....	<b>75</b>
<b>Tabela 4-</b> Porcentagem de uso atual de métodos anticoncepcionais. PNDS 1996 e 2006 .....	<b>80</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

- ABEPF-** Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar
- BENFAM-** Sociedade Bem-estar da Família
- CAP-** Caixas de Aposentadoria e Pensão
- CFM-** Conselho Federal de Medicina
- CIPD-** Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento
- CLT-** Consolidação das Leis Trabalhistas
- CNBB-** Conferência Nacional de Bispos do Brasil
- CNDM-** Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
- CPAIMC-** Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança
- DIU-** Dispositivo Intrauterino
- DST-** Doença Sexualmente Transmissível
- FUNRURAL-** Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
- IAP-** Institutos de Aposentadoria e Pensão
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INPS-** Instituto Nacional de Previdência Social
- NOB-** Norma Operacional Básica
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- ONU-** Organização das Nações Unidas
- PACS-** Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAISM-** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PIASS-** Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
- PNA-** Pesquisa Nacional de Aborto
- PNAD-** Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNDS-** Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

**PSF-** Programa de Saúde da Família

**SNS-** Sistema Nacional de Saúde

**SUCAM-** Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

**SUS-** Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. PATRIARCADO E TRABALHO REPRODUTIVO NA SOCIEDADE BURGUESA .....</b>	<b>15</b>
2.1. A CONDIÇÃO DA MULHER E A ORIGEM DA FAMÍLIA BURGUESA .....	15
2.2. CAPITALISMO, PATRIARCADO E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO .....	22
<b>3. AUTONOMIA, SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL .....</b>	<b>33</b>
3.1 EMANCIPAÇÃO E AUTONOMIA DA MULHER .....	33
3.2 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	40
3.3 A GÊNESE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL .....	48
3.4 O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO FEMINISTA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INTEGRAL E REPRODUTIVA DA MULHER .....	50
3.5 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) E A LEI 9.263/96 .....	52
3.6 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E O PLANEJAMENTO FAMILIAR....	55
<b>4. PERSPECTIVAS FEMINISTAS CONTEMPORÂNEAS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER: UMA ABORDAGEM SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR E O PATRIARCADO .....</b>	<b>60</b>
4.1 NOSSO VENTRE NOS PERTENCE: UM DEBATE SOBRE AUTONOMIA E SEXUALIDADE.....	60
4.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL .	71
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Como graduanda em serviço social tive a oportunidade de me inserir em um serviço de “Atenção à Mulher” através dos Estágios Supervisionados I e II, disciplinas obrigatórias integrantes do curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no Hospital Universitário Lauro Wanderley. A vivência nesse campo me proporcionou uma aproximação com a temática a partir da observação participante. “Esta técnica se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (MINAYO, 2016, p. 59).

Com base nas observações dos usuários do planejamento familiar, notei que a maior parte das demandas eram voltadas para o público feminino, enquanto a participação masculina era quase inexistente, desta maneira elegi como objeto de estudo a responsabilização social da mulher no contexto do planejamento familiar. O objetivo deste trabalho é analisa-la e compreender quais as determinações históricas, teóricas e políticas da sociedade patriarcal e capitalista no controle do corpo e da sexualidade das mulheres.

A abordagem metodológica escolhida foi a pesquisa bibliográfica e documental de análise qualitativa e quantitativa. Esta proporcionou uma visualização mais clara e aprofundada da temática, embasando-a através da concepção de vários Teóricos, entre eles: Cisne (2014), Engels (2002) Saffioti (2004), Lessa (2012) Sirelli e Cruz (2017), Polignano (2001), Alves (2006), Utsch (2016), Scavone (2010) e Diniz e Medeiros (2010).

O trabalho será dividido em três capítulos, em que no primeiro capítulo “Patriarcado e trabalho reprodutivo na sociedade burguesa” foi abordado a origem da monogamia e da família burguesa, além de debater o patriarcado e a divisão sexual do trabalho.

No segundo capítulo “Autonomia, saúde sexual e reprodutiva da mulher e planejamento familiar no Brasil” foi exposta a importância da Revolução Russa, assim como a emancipação e a autonomia feminina sobre seu corpo. Foi apresentado ainda uma discussão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres,

bem como a política de saúde no Brasil, o planejamento familiar e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

No terceiro e último capítulo “Perspectivas feministas contemporâneas sobre direitos sexuais e reprodutivos da mulher: uma abordagem sobre o planejamento familiar e o patriarcado” foi retomada a discussão sobre a autonomia feminina na perspectiva feminista em que as mulheres são donas de seus próprios corpos, foi exposto a dissociação da sexualidade com a procriação no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, além de evidenciar o tema aborto e através de dados coletados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA). Foi apontado o planejamento familiar com foco nos métodos contraceptivos existente no Brasil ressaltando dados trazidos pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS). Este Capítulo traz respostas fundamentais acerca da responsabilização social da mulher no que se refere ao planejamento familiar. Através dessas considerações foi possível compreender as determinações históricas e sociais da opressão e exploração dos corpos e da sexualidade das mulheres e como o serviço social se relaciona com isso.

## 2. PATRIARCADO E TRABALHO REPRODUTIVO NA SOCIEDADE BURGUESA

### 2.1 A CONDIÇÃO DA MULHER E A ORIGEM DA FAMÍLIA BURGUESA

Nossos ancestrais, os *homo sapiens*, viviam em pequenos bandos e com a convivência desenvolveram a capacidade de se moldar a novas situações. Para a manutenção desses bandos foi fundamental que se tirasse da natureza o necessário para sobrevivência, desenvolvendo, assim, o trabalho. Este marcou a gênese do ser social, uma vez que, de acordo com Lessa (2012) ao transformarmos a natureza produzimos não só objetos, mas também conhecimento e habilidades. Assim, “ao atuar (...) sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele [o ser humano] modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza” (MARX, 1983 *apud* LESSA, 2012, p. 15). Com o exercício do trabalho o ser humano se transforma e com isso modifica a sociedade, criando algo novo.

As primeiras sociedades viveram em bandos com poucas pessoas, tendo como principal forma de subsistência a coleta de alimentos e a caça de pequenos animais. Com o passar dos anos os homens foram percebendo que havia um ciclo climático, e com esses novos conhecimentos passaram a entender melhor a natureza, aprimorando o exercício de coleta. Os conhecimentos foram passando de geração a geração e foram desenvolvendo uma melhor compreensão da natureza e, assim, novas relações sociais<sup>1</sup>.

Os homens primitivos não viviam como nômades porque queriam, mas por que era necessário. O que eles coletavam era consumido muito mais rápido do que a natureza conseguia produzir e viver da coleta os forçava a uma série de restrições, dentre elas, a quantidade de indivíduos no bando, pois como era em pouca quantidade o que coletavam, então quanto maior quantidade de indivíduos, mais

---

<sup>1</sup> As novas relações sociais que foram criadas são, “por exemplo as histórias que os mais velhos contavam aos jovens para ensiná-los como produzir, as pinturas e esculturas que perpetuaram os grandes eventos da vida coletiva, o desenvolvimento da linguagem e das festas, etc” (LESSA, 2012, p. 16).



rapidamente o alimento era consumido. Por viverem sempre se mudando de um local para outro, não podiam carregar seus instrumentos de trabalho e caça, de modo que essas ferramentas primitivas<sup>2</sup> deveriam ser fáceis de serem fabricadas e de fácil locomoção (LESSA, 2012).

Dentro desse contexto, os seres primitivos ainda tinham que disputar abrigo, água e alimentos com outros animais. A vida nessa época só era possível graças à cooperação de cada indivíduo e essa cooperação era fundamental pra sobrevivência de todos pertencente ao grupo. Ou seja,

a vida ou era comunitária ou não seria possível. Não havia outra forma de sobreviver. Sozinho, ou lutando todos contra todos, como ocorre hoje, a sobrevivência seria impossível. Por isso as formas de vida comunitária predominavam independentemente de qual sociedade primitiva estejamos falando: nas tribos africanas, na Austrália, na Ásia ou nas Américas, em todas as sociedades primitivas a colaboração e a união dos esforços eram a chave para a sobrevivência. A vida em comum, comunitária, foi predominante durante todo o período primitivo (LESSA, 2012, p. 17).

Vale ressaltar que apesar da vida ser comunitária, onde a participação e o apoio de todos eram fundamental, isso não queria dizer que não havia violência. “A luta pelos recursos escassos incluía a violência. Um indivíduo mais forte tendia a se alimentar melhor que outro mais fraco, etc” (LESSA, 2012, p. 17). Porém, mesmo o mais forte dependia dos mais fracos para sobreviver. Essa é a diferença da violência na era primitiva e da que conhecemos nos dias atuais.

Todavia, mesmo o mais forte dependia da comunidade para sobreviver e, por isso, a violência daquela época tinha características diferentes da guerra que hoje conhecemos. Era uma violência de indivíduo contra indivíduo (não de classe contra classe) e tinha limites muito fortes que se relacionavam ao fato de que a sobrevivência de cada um, mesmo do mais forte, dependia da sobrevivência da comunidade (LESSA, 2012, p. 17-8).

No que diz respeito ao nascimento de bebês e as crianças, levando em consideração que o bando não poderia crescer muito, o numero de bebês por ano deveria ser muito pequeno. Desse modo, era necessário limitar a quantidade de homens e mulheres em idade fértil. Assim,

Se fosse necessário aumentar a proporção de homens, os bebês femininos eram abandonados, e vice-versa. E, também, como a morte de um homem adulto não alterava a quantidade de bebês que o bando poderia ter, a vida das mulheres era mais protegida e na divisão das tarefas não cabia a elas, na maior parte dos casos, as mais perigosas (LESSA, 2012, p.18).

---

<sup>2</sup> Uma das ferramentas mais utilizadas é a pedra lascada ou lasca de pedra, que eram instrumentos rústicos e de fácil confecção (PINTO, [S.d.]).

Aos poucos a realidade dos seres primitivos vai se modificando. Segundo Lessa (2012), Marx vai chamar esse processo de “afastamento das barreiras naturais”. A produção de alimentos aumenta, assim como a quantidade de pessoas no bando, vai ocorrendo uma divisão de tarefas e, por conseguinte, um desenvolvimento social.

Neste percurso de tempo, várias transformações ocorreram no que diz respeito também à família. A vida em comunidade propiciou o surgimento de laços familiares, os quais só poderiam ser traçados pelas linhagens maternas. Isso por que, de acordo com Engels (2002), em todas as formas de famílias grupais só era possível afirmar quem eram as mães, mas não os pais, pois as mulheres tinham vários parceiros sexuais. Assim, a descendência só era definida através da linhagem materna.

Com relação à criação das crianças, estas não ficavam sob responsabilidade de uma mãe ou de um pai, como nos dias atuais. Essa tarefa era algo que envolvia toda a comunidade, todos os homens eram pais, os primos e primas eram todas as crianças que não eram irmãos ou irmãs e apenas as mães eram singulares, devido ao nascimento. O que não quer dizer que se a mãe eventualmente viesse a falecer essa criança se tornaria órfã, caberia à comunidade cria-la. Além disso, a divisão de tarefas não era caracterizada por uma hierarquia de poder ou tarefas exclusivamente femininas ou masculinas. Cada pessoa tinha autonomia para executar os afazeres.

Tal como a vida de cada indivíduo estava intimamente associada à sobrevivência de todos, a vida de cada criança era protegida por todos: não havia nada semelhante à figura da mãe e do pai que hoje conhecemos. Nem as tarefas de criação dos filhos, preparação dos alimentos, etc. eram femininas ou masculinas; eram atividades coletivas que envolviam pessoas de ambos os sexos e de todas as idades (LESSA, 2012, p.18).

Nessa época predominava a colaboração e não a concorrência, assim um não explorava o outro. Para haver exploração era necessário dedicar tempo para vigiar e controlar o explorado. Isso significaria, nesse período, que ao final do dia o explorador teria gastado tanto tempo vigiando o explorado que ele iria comer menos do que se fosse pessoalmente procurar seu alimento (LESSA, 2012).

A baixíssima produtividade do trabalho nas sociedades primitivas fazia da exploração do homem pelo homem uma impossibilidade histórica. Por causa disso, as sociedades primitivas não conheciam nem as classes sociais, nem o Estado, nem a política (o exercício do poder que brota da propriedade privada), nem o Direito, nem o dinheiro (LESSA, 2012, p.19).

As sociedades primitivas não conheciam a divisão social do trabalho. Havia tarefas que eram distribuídas devido aos fatores biológicos, naturais e muito pouco sociais, como a idade, força física, sexo, etc. Não existia comércio e sim trocas de mercadorias que tinham como características mais um valor ideológico do que econômico. Não existia salário, nem horário e tempo de trabalho diário, não havia punição pra quem não quisesse trabalhar, os indivíduos não vivam para conquistar riquezas.

Desta maneira, quando o homem deixou de ser nômade e começou a viver em comunidade, ele passou a produzir seus próprios alimentos e a domesticar os animais. Os bens adquiridos, através da agricultura e da pecuária, eram compartilhados com todos os integrantes do grupo, caracterizando uma espécie de socialismo primitivo.

Contudo, com a expansão da agropecuária, o homem passa a produzir mais que o necessário para sua sobrevivência abrindo, assim, espaço para o acúmulo de riquezas. Com o tempo, o resultado dessa acumulação foi transformado em propriedade privada das famílias, acarretando no fim do socialismo primitivo.

Como as pessoas passaram a produzir mais do que o necessário pra sua sobrevivência, não havia mais tanta necessidade de se trabalhar o tempo todo, o que ocasionou a produção de um trabalho excedente. Situação essa, que não existia na sociedade primitiva. Foi a partir desse do trabalho excedente que se tornou possível a exploração do homem pelo homem e o trabalho alienado (LESSA, 2012).

Essa nova sociedade foi caracterizada pela divisão de classes, na qual agora existia classe dominante e classe explorada. A classe dominante detém uma riqueza que não consegue consumir, fazendo com que fosse necessário investir no desenvolvimento dos seus negócios. Para que seus negócios pudessem fluir foi necessário a construções de estradas, portos, novas tecnologias e principalmente o trabalho dos proletariados.

O poder da classe dominante é a riqueza produzida pelos trabalhadores e que deles é expropriada pela violência: tal riqueza alienada dos trabalhadores é a propriedade privada. E o trabalho que produz a propriedade privada – e não o que é necessário para atender às necessidades humanas – é o trabalho alienado. A propriedade privada é, assim, a terra e os escravos do senhor romano, o feudo do senhor feudal, o capital do burguês (LESSA, 2012, p. 24).

Ao abordar o trabalho como uma categoria fundante do ser social, nos referimos a uma atividade que possui uma interação entre o tecnológico e o natural.

Dessa origem se desenvolve um processo histórico que está ligado diretamente com o desenvolvimento das pessoas e da sociedade. É a partir do trabalho que surgem outros complexos que irão possibilitar aos homens construir sua própria história, pois consiste em um processo de criação e autocriação. Deste modo, para Oliveira (2013a), o trabalho é entendido como um processo singular e histórico, que compõe a totalidade social e articula a reprodução social.

Ao decorrer da história, o trabalho assumiu varias formas, porém, foi a partir da propriedade privada que o homem passou a explorar o próprio homem. Essa exploração assumiu várias formas, como a escravidão e a alienação. Dessa maneira, foi a partir da propriedade privada que surgiu a sociedade de classe, o Estado e a família nuclear burguesa.

A violência, e não mais a cooperação como eram nas sociedades primitivas, é um ponto fundamental para a reprodução da sociedade de classes. Os pertencentes da classe dominante já não transformam mais a natureza, eles realizam o chamado “trabalho intelectual” que nada mais do que uma atividade de controlar e organizar a aplicação da violência nos explorados (LESSA, 2012).

O instrumento especial criado pela classe dominante para organizar e aplicar cotidianamente a violência é o Estado. Este novo complexo social, que nem em germe existia nas sociedades primitivas, é composto pelo Direito (as leis escritas, os juizes, magistrados, torturadores, prisões, etc.), pelas forças armadas (exército, polícia, vigilantes, milícias, etc., a parcela da sociedade que tem legitimidade para usar a violência em nome do Estado, isto é, das classes dominantes) e pela burocracia (LESSA, 2012, p. 25).

Deste modo, segundo Lessa (2012), a propriedade privada, a exploração, a alienação, as classes sociais e a criação do Estado são fundamentais para a organização da sociedade de classe. É importante ressaltar que tudo o que foi relatado até aqui é de grande importância para a compreensão da origem da família monogâmica que se situa na transição para a sociedade de classes.

Na esperança de poder manter seu estilo de vida os indivíduos da classe dominante se tornaram individualistas, por isso a propriedade privada é tão importante pra eles, pois é considerada o maior sinônimo de riqueza e eles almejam cada vez mais o seu enriquecimento pessoal. Essa classe não quer pagar despesas para os filhos de outros homens. Assim sendo, a família se desprende do coletivo, como era na época primitiva, e se constitui como um núcleo privado, caracterizando a família monogâmica ou família nuclear. Assim,

caberá aos homens “prover” suas mulheres; estas devem “servir” aos seus senhores. A antiga relação consensual e igualitária é substituída por uma relação de poder. Aos indivíduos masculinos cabe o poder da propriedade privada, serão eles os maridos. Às mulheres cabem as atividades que não geram a riqueza privada: serão esposas ou prostitutas: “(...) o trabalho doméstico das mulheres perdia agora sua importância, comparado ao trabalho produtivo do homem; este trabalho passou a ser tudo; aquele, uma insignificante contribuição” (ENGELS, 2010 *apud* LESSA, 2012, p. 28).

A família não surgiu do amor entre os indivíduos, nasceu graças à propriedade privada que deveria ser passado para os herdeiros legítimos, para que esse possa perpetuar a sua riqueza para as próximas gerações. A família é fruto da ordem patriarcal, deste modo, as esposas deveriam se casar ainda virgens para que os maridos tivessem a certeza de que os filhos eram legitimamente deles.

Os casamentos arranjados pelos pais eram uma vertente da família monogâmica e do capitalismo, pois assim era possível a união de riquezas entre duas famílias. Deste modo, os casamentos arranjados tinham razões econômicas, de caráter até político ou religioso, mas se afastava cada vez mais do âmbito sentimental. Essa situação, “torna-se alvo de crítica já no século XVIII, por ferir duplamente o direito à felicidade e à liberdade individual” (BADINTER, 1985 *apud* BIROLI, 2014, p. 20).

Neste cenário a sexualidade da mulher fica reprimida dentro do casamento, no qual elas não deveriam sentir prazer nas relações e o único objetivo do sexo era a procriação. A elas, se limitavam os afazeres domésticos, a cozinhar, bordar e cuidar dos filhos. Aos homens, a sexualidade com suas esposas fica dissociada de qualquer afeto ou amor. Além disso, é cobrado dele uma postura completamente diferente comparado ao que é esperado das mulheres.

Ele agora deverá ter iniciativa, seu “desempenho” deve corresponder a um dado padrão, ele deverá ser dominante na relação. Na mesma proporção em que à mulher é negado o direito ao prazer, aos homens é requerida uma volúpia incontrolável. As mulheres, diz a ideologia patriarcal, podem viver sem sexo; os homens, jamais (LESSA, 2012, p. 32).

Com a ascensão da propriedade privada, instaurou-se o modelo de família monogâmica. A monogamia não veio por acaso, com a acumulação de riquezas geradas foi estabelecido um sistema de herança, de modo que o que foi acumulado permanecesse naquele núcleo familiar, passando de pai para o filho. Contudo, a monogamia só existiu, e existe até hoje, para as mulheres.

A monogamia nasceu da concentração de grandes riquezas nas mesmas mãos – as de um homem – e do desejo de transmitir essas riquezas, por

herança, aos filhos deste homem, excluídos os filhos de qualquer outro. Para isso era necessária a monogamia da mulher, mas não a do homem [...] (ENGELS, 2012, p. 54).

Assim, “foram abolidos a filiação feminina e o direito hereditário materno, sendo substituídos pela filiação masculina e o direito hereditário paterno” (ENGELS, 2012, p. 54), nascendo, deste modo, o modelo de família patriarcal.

Faz-se importante, no entanto, compreender o significado da palavra família, isso porque, esta é uma ferramenta chave para compreender historicamente a exploração e opressão sofridas pelas mulheres. Nessa perspectiva, Engels (2012), entende família como um conjunto de escravos pertencente a um mesmo homem. Enquanto que, para Delphy *apud* Cisne (2014)

[...] a família é uma unidade de produção. Família em latim designa um conjunto de terras, de escravos, de mulheres e crianças submissos ao poder (então sinônimos de propriedade) do pai de família. Nessa unidade o pai de família é dominante: o trabalho dos indivíduos sob sua autoridade lhe pertence ou em outros termos a família é um conjunto de indivíduos que devem seu trabalho a um chefe (DELPHY, 2009 *apud* CISNE, 2014, p.81).

Nesse contexto, as definições de família apresentadas demonstram a importância do homem na sociedade e a submissão das mulheres em todas as esferas, tendo assim, uma relação íntima com o modelo patriarcal. Nessa situação, fica estabelecido que o homem seja o principal provedor da família e as mulheres como a administradora exclusiva dos afazeres domésticos e o cuidado com os filhos. Ou seja, a chefia do lar perdeu seu caráter social e se transformou em um serviço privados para as mulheres, tornando-as quase que uma criada do lar (ENGELS, 2012).

A ideia de que as mulheres como mães e a construção social que gira entorno do mito do amor materno como algo natural e instintivo têm uma função muito importante na construção da família moderna. Declarar a ternura, dedicação e amor inigualável das mães reduz a mulher ao seu papel na família. Além disso, segundo Biroli (2014), a ideia do amor romântico, juntamente como o amor materno, é importante para a manutenção da família nuclear.

Assim podemos perceber que a família moderna reduz a autonomia das mulheres “para escolher outras formas de vida, mas também para se autodirigir, uma vez que a escolha do casamento e da maternidade tenha sido feita, a uma valorização ímpar do amor como razão e justificativa para as uniões” (BIROLI, 2014, p. 20).

A família patriarcal é uma poderosa chave pra difundir o conservadorismo, na qual, desde pequenas, as crianças são ensinadas dos valores conservadores. Não apenas a família, mas também outras instituições, como a igreja, escolas, leis, etc, tem esse papel de difusor e foram criadas para fortalecer o patriarcado, a desigualdade, competição, preconceitos, autoridades, sexismo e hierarquia.

A evolução que ocorreu na família e a relação de subordinação estão ligadas às transformações que ocorreram no mundo da produção. Essas relações foram se tornando cada vez mais complexas e reservava as mulheres uma posição de subordinação cada vez mais permanente (OLIVEIRA, 2013a).

Deste modo, podemos perceber que a família não foi constituída para ser um lugar em que a amor, o respeito e o companheirismo entre os sujeitos prevalecessem, apesar dessa ideia ser amplamente difundida. Ela foi criada com um objetivo econômico muito grande. Com o modo de produção capitalista burguês, a família foi uma ferramenta para que os bens adquiridos fossem perpetuados pelos filhos, para que assim, houvesse continuidade das suas riquezas.

Dentro da família existe uma forte desigualdade entre os sexos. O papel da mulher na família e na sociedade é de desvalorização e exploração. A ordem patriarcal em que vivemos difunde que apenas as atividades praticadas pelos homens são as de maior importância. Por isso, é importante que todas as mulheres tenham consciência do que é o patriarcado e como ele funciona na sociedade, para, dessa forma, ter a chance de se desprender de suas garras.

## 2.2 CAPITALISMO, PATRIARCADO E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO

Ao analisar a relação homem-mulher, nota-se que a hierarquia masculina tem a finalidade de controlar a figura feminina. A origem do patriarcado está ligada diretamente à apropriação masculina sobre o corpo feminino. “Neste regime, as mulheres são objetos de satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e novas reprodutoras” (SAFFIOTI, 2004, p. 105). Assim sendo, o sexo feminino nada mais é que uma propriedade a ser possuída pelo homem, assim como uma de suas riquezas acumuladas.

Essa exploração e dominação resultam em um movimento opressivo que as mulheres sofrem nas diversas esferas da vida social, no trabalho, no espaço político, familiar e até mesmo na sua capacidade reprodutiva, pois inclusive na sexualidade a mulher é controlada pela figura masculina. “Seja para induzir as mulheres a ter grande número de filhos, seja para convencê-las a controlar a quantidade de nascimento e o espaço de tempo entre filhos, o controle está sempre em mãos masculinas [...]” (SAFFIOTI, 2004, p. 106). Tendo sido tirada sua capacidade de comandar a própria vida ou tomar suas próprias decisões, a figura feminina permanece relegada a um espaço de escuridão e presa à mercê da vontade masculina.

O estudo do patriarcado é importante, pois só assim podemos conhecer uma perspectiva de totalidade a subordinação feminina e seus fundamentos, além de ser uma categoria fundamental pra a compreensão crítica. O patriarcado significa a autoridade do pai ou da figura masculina, ou seja, o poder é dos homens. Sendo assim, para Cisne (2014), o patriarcado passa ser uma base que estrutura a exploração e apropriação feminina. Assim:

Não se trata de uma relação privada, mas civil; dá direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrição; configura um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade; tem base material; corporifica-se; representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência (SAFFIOTI, 2004, p.57-8).

A dominação masculina sobre o sexo feminino se deu de modo lento, visto que houve resistência feminina. Segundo Saffioti (2004), o início do patriarcado se deu no ano 3100 a. C. e apenas foi consolidado em 600 a. C., ou seja, graças a forte resistência feminina o patriarcado só se tornou dominante após milênios de luta masculina. Assim, o patriarcado tem aproximadamente 5203 anos, porém se formos calcular apenas após a transformação das relações homem – mulher ele ainda é considerado um recém-nascido, com quase 300 mil anos frente à idade da humanidade.

A dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas estão em questão na formação do pacto original. O contrato social é uma história de liberdade; o contrato sexual é uma história de sujeição. O contrato original cria ambas, a liberdade e a dominação. A liberdade do homem e a sujeição da mulher derivam do contrato original e o sentido da liberdade civil não pode ser compreendido sem a metade perdida da história, que revela com o direito patriarcal dos homens sobre as mulheres é criado pelo contrato. A liberdade civil não é universal – é um atributo masculino e depende do direito patriarcal. Os filhos subvertem o regime paterno não apenas para conquistar sua liberdade, mas



também para assegurar as mulheres para si próprios. Seu sucesso nesse empreendimento é narrado na história do contrato sexual. O pacto original é tanto um contrato sexual quanto social: é social no sentido de patriarcal - isto é, o contrato cria o direito político dos homens sobre as mulheres -, e também sexual no sentido do estabelecimento de um acesso sistemático dos homens ao corpo das mulheres. O contrato original cria o que chamarei, seguindo Adrienne Rich, de 'lei do direito masculino'. O contrato está longe de se contrapor ao patriarcado: ele é o meio pelo qual se constitui o patriarcado moderno (PATEMAN, 1993 *apud* SAFFIOTI, 2004, p. 53-4).

Pateman *apud* Saffioti (2004) desvela o caráter masculino, no que diz respeito ao contrato original. O contrato original é um contrato entre os homens, ao qual possuem “poder” sobre as mulheres. A diferença sexual, posta pelo patriarcado, é convertida também em diferença política, seja ela manifestada em liberdade ou em sujeição. Liberdade para os homens e sujeição para as mulheres.

O contrato original é a chave para a compreensão da dominação masculina sobre as mulheres, é através dele que fica socialmente aceito que o homem seja a figura central, o detentor do poder, enquanto as mulheres devem ser submissas, boas donas de casas, mães e esposas, reservando a elas a esfera privada.

Com isso é possível notar que a dominação e exploração masculina contra a mulher acontecem no âmbito social, econômico e político. No patriarcado a figura masculina tem o poder primário em todas as esferas, assim os homens mantêm autoridade sobre as mulheres e crianças. Por estar historicamente, socialmente e culturalmente posto, o patriarcado pode ser reproduzido também pelas mulheres, sem que elas nem percebam.

Aliás, imbuídas da ideologia que dá cobertura ao patriarcado, mulheres desempenham, com maior ou menor frequência e com mais ou menos rudeza, as funções do patriarcado, disciplinando filhos e outras crianças ou adolescentes, segundo a lei do pai. Ainda que não sejam cúmplices deste regime, colaboram para alimentá-lo (SAFFIOTI, 2004, p.102).

O patriarcado esclarece muitos comportamentos e ações cotidianas tanto das mulheres quanto dos homens. Muitas vezes é até difícil perceber tais relações no dia a dia, pois é algo naturalizado. A mulher, historicamente, não teve vez e voz, e muitas nem conhecem a sua própria história, até por que foram muitas décadas sem ter o poder escrevê-la, desta maneira muitas delas acreditam que realmente devem servir ao homem e fazer seus desejos, mesmo que seja algo que elas não queiram fazer.

Durante muito tempo e até mesmo nos dias atuais, a explicação para a inferioridade da mulher se deu pela diferença biológica. Mas que diferenças são

essas? Somos seres pensantes e capazes tanto quanto os homens. Um aspecto importante de ser ressaltado é a que os seres humanos são competitivos, independente do sexo, porém o homem, por ter a ideia de que sempre é o detentor do poder utiliza o medo para controlar, não raramente os homens “convertem sua agressividade em agressão [...]” (SAFFIOTI, 2004, p. 121).

De acordo com a herança marxista, foi com o início da propriedade privada que a subordinação feminina ganhou uma base estruturante, ou seja, “a propriedade privada é o marco inicial da luta de classes” (CISNE, 2014, p. 73). Segundo Cisne (2014), é a partir da propriedade privada que as formações sociais tornam-se patriarcais, tendo como base a superioridade masculina, ou seja, o direito dos homens sobre as mulheres, filhos(as), escravos e os materiais de produção. Em outras palavras, a propriedade privada dá início a subordinação feminina e o patriarcado se torna um determinante estrutural. De acordo com Saffioti *apud* Cisne (2014), as bases da constituição do patriarcado possuem dois fatores históricos:

1. A produção de excedente econômico, núcleo do desenvolvimento da propriedade privada e, portanto, do domínio e da exploração do homem sobre o homem/mulher, no caso, ainda mais fortemente, sobre a mulher.
2. A descoberta da participação dos homens na procriação dos(das) filhos(as), pois, antes isso era entendido como um poder divino das mulheres (SAFFIOTI, 2004 *apud* CISNE, 2014, p. 74).

O patriarcado é resultante de um processo histórico e qualifica as relações sociais de sexo, pois é a partir dele que se evidencia a dominação e exploração dos homens sobre as mulheres. Para Cisne (2014), o patriarcado produz o controle, a dominação, opressão e exploração das mulheres com o objetivo de garantir o controle da prole legítima, obtenção de mais mão de obra e a maior produção de riqueza, para que estas possam ser passadas por meio da herança.

Outro ponto importante a ser ressaltado é a apropriação sexual das mulheres, mais conhecida com “obrigação sexual” na qual existe uma obrigação matrimonial que torna o corpo da mulher em uma propriedade, que o homem tem livre acesso a relações sexuais na hora que quiser independente da vontade feminina.

Apesar de ser um assunto pouco falado pelas mulheres devido ao constrangimento e pela ideologia difundida pela sociedade do casamento perfeito, o que ocorre em alguns relacionamentos, em particular o matrimonial, é que “ela na qualidade de esposa é forçada pelo cônjuge a manter relação sexual sem a sua

vontade. É uma modalidade dentre várias do estupro<sup>3</sup>, difere-se, pois o cônjuge passa a ser o sujeito ativo do crime e a mulher sujeito passivo obrigatoriamente.” (VASCONCELOS; PONTES; SILVA, 2015, p. 4).

Deste modo, com o “contrato sexual” de sujeição das mulheres possibilitará um pacto de subordinação feminina e a dominação masculina, conhecido como “contrato original”. Saffioti (2004, p. 131) afirma que: “a submissão das mulheres na sociedade civil assegura o reconhecimento do direito patriarcal dos homens”. O que não quer dizer que não haja, de alguma forma, resistência feminina.

O patriarcado é de suma importância para a reprodução do capitalismo, pois é graças a ele que as mulheres são desvalorizadas e sujeitas à submissão. Isso acaba refletindo diretamente no mercado de trabalho, que utiliza a mão de obra feminina com uma diferença salarial, as mulheres recebem menos que os homens apesar de, muitas vezes, trabalharem mais, ocorrendo uma maior exploração e precarização no campo de trabalho.

Não há, de um lado, a dominação patriarcal e, de outro, a exploração capitalista. Para começar, não existe um processo de dominação separado de outro de exploração. Por esta razão, usa-se, [...] a expressão dominação- exploração [...] não há dois processos, mas duas faces de um mesmo processo. Daí ter-se criado a metáfora do nó para dar conta da realidade da fusão patriarcado-racismo-capitalismo (SAFFIOTI, 2004, p. 130).

A família patriarcal é um dos principais lugares em que a mulher é explorada, porém não é o único. O trabalho da mulher, nessa ordem patriarcal, é desvalorizado, tanto no trabalho não remunerado, quanto assalariado. Uma das principais formas de exploração é o trabalho reprodutivo feminino, principalmente o não remunerado, pois, é a partir dele que se garante a principal mercadoria no modo de produção capitalista, a força de trabalho, é a partir dela se gera riqueza. Ou seja, a posse do trabalho reprodutivo faz parte do modo de produção capitalista burguês, desse modo a exploração econômica das mulheres no seio da família esta vinculada também à exploração do trabalho capitalista.

A esfera produtiva é a esfera valorizada, a que produz riquezas e são ocupadas pelos homens, enquanto a esfera reprodutiva constituída por atividades de manutenção e reprodução da força de trabalho é destinada ao feminino e consequentemente, desvalorizado. Desse modo, “o trabalho gratuito de uma mulher

---

<sup>3</sup> O estupro é um crime que consiste em “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 1940, p. 217).

é [...] contado na economia geral da exploração” (DELPHY, 2009 *apud* CISNE, 2014, p. 85). Ou seja, é na exploração do trabalho da mulher que o modo de produção capitalista tem por base sua sustentação.

A partir do matrimônio recai sobre as mulheres a “obrigação” dos afazeres domésticos, com o cuidado dos filhos e pessoas idosas. Essa “obrigação” é com o trabalho doméstico, o cuidado com a casa e pessoas que nela moram. Cisne (2014) refere que, Delphy e Marx compararam o casamento com uma relação de escravidão, pois acaba se tornando uma relação de domínio.

O modo de produção doméstico é estabelecido por meio da exploração patriarcal do trabalho desvalorizado das mulheres, esse modo de produção não é apenas reproduzido dentro do lar, mas também fora dele. “Sendo esse modo de produção estruturado pelas relações de classe, ‘raça’ e sexo (incluindo sexualidade), podemos denominá-lo de modo de produção racista-patriarcal-capitalista” (CISNE, 2014, p. 86). Sem encontrar um meio de quebrar esse ciclo de exploração em que vive a mulher continua presa a ele, incansavelmente oprimida pelo patriarcado.

A divisão sexual do trabalho primitivo, na sociedade da caça e da coleta, não tinha nenhuma relação com a força física. O que se acredita é que como as mulheres precisavam amamentar era necessário levar o bebê consigo, dificultando a caça, visto que o choro do bebê afastava os animais. Já na coleta de frutos, plantas, raízes e folhas o choro da criança não era problema (SAFFIOTI, 2004).

O termo divisão sexual do trabalho teve suas primeiras aparições na França, com o intuito de denunciar as desigualdades junto com o movimento feminista, além disso, defendiam a ideia de que o trabalho doméstico deveria ser considerado com trabalho. Na divisão sexual do trabalho “estuda-se a distribuição diferencial de homens e mulheres no mercado de trabalho, nos ofícios e nas profissões, e as variações no tempo e no espaço dessa distribuições[...]” (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 596). Desta forma, eram destinadas as mulheres as atividades de maior exploração e precarização, sem que seu trabalho, tanto assalariado quanto doméstico, fosse valorizado.

Nesse contexto, em 1970, na França, com apoio do movimento feminista, houve a conscientização da população feminina da opressão que sofriam. Notaram que recaía sobre elas uma massa de trabalho gratuito e invisível, onde muitas vezes não são realizados para elas mesmas, mas sim para outras pessoas. Outro ponto é

que essas atividades são consideradas obrigações por causa de características tidas como pertencentes à da natureza feminina, ou seja, o amor e dever materno.

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é moldada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.). (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 599).

A divisão sexual do trabalho possui dois princípios organizadores, segundo Hirata e Kergoat (2007), o primeiro é referente ao princípio da separação, onde existem trabalhos distintos para homens e para mulheres; o segundo princípio é o hierárquico que se acredita que o trabalho masculino tenha mais valor do que o feminino. Esses dois princípios são identificados em toda sociedade e são defendidos pela ideologia naturalista. A divisão sexual do trabalho, base da opressão e exploração feminina, é compreendida como relação social e desse modo, é histórico e, além disso, não é imutável, ela vai se moldando no tempo e espaço

a divisão sexual do trabalho, por conseguinte, não pode ser compreendida apenas como uma diferença entre os trabalhos realizados por homens e mulheres e sim como a base das assimetrias e hierarquias contidas nessa divisão, e que se expressam nas desigualdades existentes, dentre outros aspectos, na carreira, nas qualificações e nos salários entre os sexos. (CISNE, 2014, p. 89).

Entender a divisão sexual do trabalho como base do sistema patriarcal é fundamental, visto que, deve ser “[...] considerado sua relação com a apropriação e controle dos instrumentos de trabalho por parte dos homens, posto que as mulheres realizam determinados trabalhos e são excluídas de outros [...]” (TABET, 2005 *apud* CISNE, 2014, p. 87).

A divisão sexual do trabalho não é algo natural e se caracteriza como uma relação de dominação, além disso, expressa “as relações de classe entre os dois sexos, ainda antes da definição ideológica acompanham as tarefas em si (por exemplo a valorização das atividades masculinas) [...]” (TABET, 2005 *apud* CISNE, 2014, p. 87). Assim, “as assimetrias na divisão sexual do trabalho, características do casamento moderno convencional, ultrapassam a esfera doméstica e organizam limites à participação das mulheres na esfera pública” (BIROLI, 2014, p. 21).

A desigualdade entre homens e mulheres teve sua base na divisão sexual do trabalho. Assim

Esta divisão de trabalho entre os sexos retirou a mulher da vida coletiva e a isolou no interior do lar. As suas relações sociais se limitam, agora, aos mais próximos: empregados e escravos domésticos, filhos, esposo. Sua razão de viver perdeu a sociedade por horizonte e se resumiu às relações mais imediatas, locais. A vida coletiva já não mais lhe diz respeito. A qualidade das relações sociais que as mulheres podem agora estabelecer nem de longe se compara com as dos homens. Ser masculino e ser feminino incorporam, agora, essa nova determinação: aos homens cabe pensar os grandes problemas e decidir o destino da humanidade, às mulheres está reservado o pobre horizonte de cuidar dos filhos, dos alimentos e da casa. Por essa razão, nas sociedades de classe os homens têm sido quase sempre mediações mais apropriadas do que as mulheres para as realizações que marcaram o desenvolvimento humano (LESSA, 2012 *apud* OLIVEIRA, 2013a, p. 4).

As mulheres reagiram do modo que puderam contra toda opressão, submissão e a deterioração da sua função social, “contra aquela força que lhes retirava dos espaços de desdobramentos da vida social, limitando-as às relações mais estreitas dos seus lares, reduzidas à prestação de serviços a seus maridos, os seus senhores” (OLIVEIRA, 2013a, p. 4). Apesar de sua resistência, o patriarcado se consolidou e se fortificou ao longo do tempo, moldando como deveria ser a personalidade, ações e deveres femininos, deixando-as sempre em uma situação de sujeição. Deste modo, a vida social possui duas esferas: a pública, destinado ao domínio masculino e a esfera privada que se qualifica como espaço familiar, sendo essa destinada as mulheres que são retiradas de qualquer participação social que exceda as fronteiras do lar.

O modelo capitalista enquanto produção e reprodução social são marcados pela violência. As riquezas produzidas são geradas a partir da exploração do homem pelo homem. Deste modo, a entrada da mulher no mercado de trabalho formal, no processo de produção industrial, foi imprescindível para a reprodução do capital, visto que sua força de trabalho é mais barata do que as dos homens.

Em tal processo, a mulher se tornou um elemento indispensável ao desenvolvimento da proto-indústria, entretanto, sua utilidade caminhava na direção oposta da sua valorização enquanto integrante em igual condição da espécie humana. Esperava-se da mulher, inserida nos processos produtivos sociais, cuidado, zelo, atenção e paciência, além da doçura e prestativo trabalho que, socialmente, eram as características atribuídas a elas, preconceitos milenares que ainda formam a imagem da mulher do século XXI (OLIVEIRA, 2013a, p. 4).

Com a maior escolarização e a entrada da mulher no mercado de trabalho houve um acúmulo de funções, foi necessário que a mulher conciliasse a vida

familiar e vida a profissional, estabelecendo assim o modelo de conciliação, passando a ter sua força de trabalho duplamente explorada, caracterizando uma dupla jornada de trabalho.

Uma realidade bastante comum para as mulheres brasileiras é que muitas delas passaram a ser as principais provedoras dentro do lar. Contudo, a sua jornada de trabalho dentro no âmbito doméstico ainda continuava a mesma, consumindo elevadas horas de trabalho. As mulheres provedoras do lar continuam a dedicar muito mais tempo do que os homens no trabalho doméstico.

No âmbito do trabalho profissional, as mulheres recebem menos que os homens, mesmo trabalhando uma carga horaria igual ou até superior. Essa diferença salarial é de ordem patriarcal, visto que para o modo de produção capitalista e patriarcal, as mulheres ao trabalharem devem receber apenas um “completo” da renda principal. Ou seja, ao homem fica posto sendo o provedor principal da família, enquanto as mulheres complementam essa renda, mesmo que muitas delas nem sejam casadas ou mães solteiras.

A divisão sexual do trabalho, responsabilizando distintamente os homens pelo provimento material e as mulheres pelo trabalho doméstico – não remunerado e invisível como trabalho produtivo –, seria justificada por ideais de maternidade e de domesticidade que se realizavam de maneira muito localizada. Na prática, essa divisão esteve ao alcance de poucas unidades domésticas porque ela depende de que a remuneração do marido seja equivalente a um salário familiar. O homem provedor de um lado, e a dona de casa, de outro, são personagens que têm classe social, posição nas relações de trabalho e cor bem definidas (BIROLI, 2014, p. 17).

Devido à ideologia capitalista, está naturalizado que o trabalho doméstico é uma tarefa destinada às mulheres, e a concepção de que seu trabalho fora do lar, entendido como o trabalho remunerado aconteça para complementar a renda familiar. Essa posição econômica na vida das mulheres é mais vulnerável em relação à dos homens.

A vida das mulheres no âmbito público e familiar é marcada pela inferiorização, por estarem ocupando espaço feminino, assim recebem menor remuneração e status que os dos homens, mesmo ocupando as mesmas funções, mesmo possuindo um nível educacional igual ou superior e até nas mesmas profissões (BIROLI, 2014).

Diferentemente do trabalho assalariado o trabalho doméstico não é reconhecido, contribuindo para a invisibilização do trabalho feminino, visto que não tem valor mercantil. Melo e Castilho (2009), afirmam que a invisibilidade do trabalho

feminino esta diretamente relacionada com a desqualificação do trabalho doméstico e a inferioridade feminina. Além disso, é importante ressaltar que,

são as mulheres que liberam o tempo de outras mulheres. As mulheres de classe média e alta estão apoiadas no trabalho de outras mulheres – que formam a categoria das empregadas domésticas – para se liberarem no seu cotidiano das tarefas domésticas. Quanto às mulheres pobres, estas não têm acesso à alta tecnologia disponível para uso doméstico nem contam com recursos para contratarem outras mulheres. O que se produz neste caso são redes de solidariedade comunitária ou familiar nas quais as mulheres trocam entre si o cuidado com as crianças e fazem as outras tarefas domésticas dentro da dupla jornada [...]” (ÁVILA, 2004, p. 9).

O SOS Corpo<sup>4</sup> - Instituto Feminista para a Democracia, Instituto Patrícia Galvão<sup>5</sup> e o Instituto Data Popular<sup>6</sup> realizaram uma pesquisa em 2002 com um grupo de mulheres para analisar as tensões realizadas pelas mulheres trabalhadoras no contexto da desigualdade relativo à divisão do trabalho entre os sexos. Segundo os resultados da pesquisa, trazidos por Ávila e Ferreira (2014), 98% das mulheres tem dupla jornada de trabalho, ou seja, além do trabalho remunerado ainda têm que cuidar dos afazeres domésticos e da casa. Dentre essas, 74% afirma ter alguma ajuda pra cuidar da casa. Destas, 63% contam com ajuda gratuita, 10% com ajuda paga e 27% não contam com nenhum tipo de ajuda. 71% das mulheres casadas afirmam que seus companheiros não realizam nenhuma atividade nos afazeres domésticos. Entre as solteiras e viúvas ou separadas, o principal apoio que recebem são das mães (60% entre as solteiras e viúvas e 70% entre as separadas).

Além disso, as autoras trazem dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios<sup>7</sup> (PNAD) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>8</sup> (IBGE) de 2012 que relata as jornadas médias semanais de mulheres e homens com os afazeres domésticos. As mulheres passam 20,8 horas semanais realizando trabalho

---

<sup>4</sup> O SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia é uma organização da sociedade civil, autônoma, sem fins lucrativos, fundada em 1981. Visa à emancipação feminina e propõe-se a contribuir para a construção de uma sociedade democrática e igualitária com justiça socioambiental (SOS CORPO, [S.d.]).

<sup>5</sup> O Instituto Patrícia Galvão foi fundado em 2001, é uma organização social sem fins lucrativos que atua nos campos do direito à comunicação e dos direitos das mulheres brasileiras (AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO, [S.d.]).

<sup>6</sup> O Instituto Data Popular nasceu, em 2002, como um departamento de pesquisa dentro de uma agência de propaganda: a Popular Comunicação (DATA POPULAR, [S.d.]).

<sup>7</sup> O PNAD obtém informações anuais sobre características demográficas e socioeconômicas da população, além de temas específicos abrangendo aspectos demográficos, sociais e econômicos também são investigados (IBGE, [S.d.])a.

<sup>8</sup> O IBGE se constitui no principal provedor de dados e informações do Brasil, que atende às necessidades dos mais diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais federais, estaduais e municipais (IBGE, [S.d.])b).



doméstico, enquanto os homens a média é apenas de 10 horas semanais (ÁVILA; FERREIRA, 2014).

Esse tipo de pesquisa é muito importante pra mostrar a realidade de muitas mulheres brasileiras. Podemos perceber, através disto, que a sujeição e a opressão do feminino nasceram desde o surgimento da propriedade privada. Ainda que hoje muita coisa tenha mudado, como se pode notar as mulheres ocupam diferentes cargos no o mercado de trabalho e estão em um número cada vez maior dentro das universidades, muitos direitos já foram conquistados, porém o que ainda permanece é a hierarquização, na qual o trabalho realizado por homens é mais importante do que o trabalho realizado por mulheres e a divisão sexual do trabalho, em que ainda há a concepção de que existe trabalho destinado ao sexo feminino e trabalho exclusivamente masculino.

Além disso, a maioria das mulheres estão submetidas a uma dupla jornada de trabalho, em que devem conciliar os afazeres domésticos, a família e o trabalho remunerado. Outro ponto a ser refletido é que dentro dessas múltiplas responsabilidades ela não tem tempo para si mesma. Não existindo feriado ou fim de semana, pois sempre terá o trabalho reprodutivo como função. Isso, no entanto, não quer dizer que elas aceitem. De um modo ou de outro há resistência, já há um questionamento da sua situação de explorada, cada vez mais está se criando uma maior consciência de classe, porém ainda não foi possível a libertação, pois esta só ocorrerá, de acordo com o materialismo histórico e dialético, com um sistema para além do capitalismo.

### 3. AUTONOMIA, SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA MULHER E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

#### 3.1 EMANCIPAÇÃO E AUTONOMIA DA MULHER

Na sociedade burguesa em que vivemos a mulher é oprimida, violentada e explorada cotidianamente. O patriarcado, o modo de produção capitalista e o racismo são elementos estruturantes dessa exploração na sociedade brasileira. A emancipação, tanto feminina quanto de toda humanidade, não será possível dentro de uma ordem patriarcal, de acordo com as feministas marxistas. No entanto, a luta cotidiana de emancipação da mulher e de toda sociedade é uma condição histórica para o movimento feminista. Um grande exemplo disso foi o protagonismo das mulheres na Revolução Russa, as quais confrontaram o poder patriarcal num momento onde a industrialização ainda estava em processo de desenvolvimento e o governo russo passava por importantes transformações de poder absolutista czarista para um Estado socialista (SIRELLI; CRUZ, 2017).

Neste contexto, o desenvolvimento das conquistas femininas se inicia no ano de 1905 e vai se consolidar a partir de 1917. Para compreender as vitórias alcançadas pelas mulheres russas é importante entender como era a situação feminina na época czarista. Desta forma, “88% não sabia ler nem escrever; em algumas regiões os homens podiam sentenciar a morte de esposas e filhas. A inserção na vida política era inexistente, uma vez que as mulheres não podiam votar e nem participar de qualquer organização política” (BUONICORE, 2007 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 7). Além disso, só era possível o casamento religioso e o divórcio era inviável. “Pela Constituição Czarista, a mulher deveria seguir o marido e não tinha status de cidadã - em muitos casos viviam em condições similares a de uma escrava” (SENNA, 2016 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 7). Pode-se notar o quanto as mulheres eram subordinadas, materialmente e simbolicamente, aos homens, sendo esta uma das principais características da sociedade patriarcal.

Enquanto as mulheres que conseguiram a inserção no mercado de trabalho, sua realidade era muito dura, pois dentre todos os indivíduos foram as mais exploradas, eram sujeitadas a longas jornadas de serviços nos ateliês e fabricas em

péssimas condições de trabalho, além disso, eram as menos remuneradas. No que diz respeito às mulheres camponesas, Sirelli e Cruz (2017) destacam que a realidade ainda era mais cruel, pois além do trabalho cansativo do campo a submissão ao marido era ainda mais drástica, passando frequentemente por castigos físicos.

Diante dessa situação, a vida das mulheres ainda teve uma piora devido a I Guerra Mundial, pois como os homens estavam em guerra ocorreu uma escassez de alimentos, diante desse cenário as mulheres foram obrigadas a se inserir no mercado de trabalho, porém não houve muitas modificações no quadro de alimentos. Desta forma, “72% da força de trabalho no setor agrícola era composto por mulheres e 50% da força de trabalho na indústria” (SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 7). Além do trabalho produtivo dentro das fábricas as mulheres ainda tinham que cuidar dos seus filhos, a situação era desesperadora, pois devido ao rigoroso inverno que se encontrava na Rússia as crianças estavam morrendo de frio e fome. Diante dessa situação as mulheres não se calaram.

Às jornadas de 10 a 12 horas nas fábricas se somava o fato de que não tinham nada para alimentar seus filhos, vendo morrer a muito deles sem, sequer, chegar ao seu primeiro ano de idade. Por isso, elas foram as primeiras a exigir o fim da guerra e o pão para seus filhos. (LEMUS, 2017 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 7-8).

Foram as reivindicações das mulheres operárias russas por alimento e pelo fim da guerra, visto que seus maridos e filhos estavam morrendo em batalha, que essa bandeira de luta passou a ser aderida pelos bolcheviques e guiaram parte do programa revolucionário: Paz, Pão e Terra. Deste modo, “tal movimento foi liderado pelas mulheres trabalhadoras, que se rebelaram contra as condições de trabalho, os baixos salários e o envolvimento da Rússia numa guerra que arrasava o país, sacrificando os soldados, trabalhadores, e suas famílias” (SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 8). Foi a partir da realidade vivenciada cotidianamente pelas mulheres trabalhadoras que se iniciou uma greve que resultou na queda do Czar e levou a um governo provisório.

O próprio 8 de março influenciou decididamente a Revolução Russa pois a partir da greve de operárias têxteis de Petrogrado se deu início ao processo revolucionário - a data foi referendada no Conferência de Mulheres Comunistas no Congresso da Internacional Comunista realizado em Moscou em 1921 (BUONICORE, 2017 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 8).

É importante salientar que ainda no governo provisório, devido as fortes pressões populares, foi promulgado o direito ao voto feminino. A Rússia foi o

primeiro grande país Europeu a instituir esse direito, segundo Sirelli e Cruz (2017). Além disso, uma das primeiras ações dos bolcheviques foi defender e potencializar o trabalho feminino na produção fabril, estabelecendo o trabalho social obrigatório para homens e mulheres. Foi estabelecida a jornada diária de trabalho para 8 horas e foi proibido o trabalho feminino noturno e nas minas. Foram aprovados também o aporte à maternidade, como a licença remunerada, dando direito a 8 semanas antes e 8 semanas depois do parto. Foi também estabelecida a igualdade salarial independente do sexo.

Nos outros países que também participaram da guerra o retorno dos homens causou demissão maciça das mulheres nas indústrias. No caso da Rússia, medidas legais foram tomadas pra que isso não acontecesse. Em 1924 foi estabelecida uma nova legislação que proibia a demissão de mães solteiras e separadas. Neste ano foram criados novos incentivos e foram contratadas 217 mil novas operárias (SIRELLI; CRUZ, 2017).

Outro salto para alcançar a igualdade entre homens e mulheres foi a incorporação da mulher nos espaços públicos e a igualdade de direitos políticos – além do direito de eleger e serem eleitas, tiveram oportunidade de ocupar postos nos Comitês de fábricas, nas instituições e nos comissariados do povo (BARQUERO, 2017 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 9).

Outro aspecto importante foi o ingresso de Alexandra Kollontai<sup>9</sup> como a primeira ministra da história, ocupando um cargo que até então eram ocupado pelo clero e pela filantropia burguesa, como Comissária do Povo de Assistência Pública. Além disso, as mulheres passaram a ocupar massivamente os cursos técnicos e superiores. Segundo Sullerot (1970 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 9) “em 1928 o número de mulheres nestes cursos era de 83.137 mil e em 1933 já havia subido para 548.832 mil”. Foi uma verdadeira revolução no campo educacional feminino.

Para que houvesse a possibilidade de incorporação das mulheres na vida política e produtiva, foi necessário um aparato econômico e social que viabilizasse a libertação feminina dos trabalhos domésticos, para isso seria necessário uma nova organização familiar. A família tradicional<sup>10</sup> era questionada, apesar de não saber qual tipo de instituição pudesse substituí-la.

---

<sup>9</sup> Alexandra Mikhaylovovna Kollontai foi uma feminista, líder revolucionária e uma teórica marxista russa, nasceu em 1872 em São Petersburgo e faleceu aos 79 anos em Moscou no ano de 1952. Foi membro do partido bolchevique e foi militante durante a Revolução Russa (OLIVEIRA, 2013b).

<sup>10</sup> A família tradicional tem por objetivo a opressão e a submissão feminina, além da valorização das atividades masculinas. Ver página 19.

Sonhava-se com uma nova família soviética, baseada não nas estreitas relações econômicas da unidade familiar nuclear, mas na união voluntária monogâmica, não invariável e rígida, que não estaria sujeita a constrangimentos materiais e que admitia como inevitável a possibilidade de mudança. “A monogamia sucessiva será a forma fundamental do casamento”, ousava afirmar Alexandra Kollontai em 1918 (BARRADAS, 2017 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 9).

Como resposta a idealização dessa “nova família soviética” o Estado tomou pra si as necessidades que tradicionalmente é de encargo feminino, construindo, assim, creches, escolas, refeitórios, lavanderias, lares, comunas de jovens, casas comunitárias como apontam Sirelli e Cruz (2017). Deste modo, foi promulgado em dezembro de 1917 o primeiro Código soviético da família que rever o papel da mulher no espaço familiar.

O 1º Código retirava do marido o estatuto de chefe da família e reconhecia à mulher o direito a escolhas econômica, social e sexual sobre sua vida. Foi uma tentativa de questionar a família tradicional burguesa e o poder patriarcal. O divórcio deixou de ser um tabu e a dissolução do matrimônio pôde ser solicitada por qualquer um dos cônjuges. Foi reconhecido o casamento civil e não apenas religioso e a ilegitimidade dos filhos foi abolida. Segundo Barradas (2017), foram abolidas disposições penais contra homossexualidade, incesto e adultério (SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 10).

A temática da maternidade também houve mudanças, de acordo com Sirelli e Cruz (2017), agora havia subsídios financeiros às mães e foi implantada uma rede de organização voltada para a proteção à maternidade e educação social, assistência pré-natal, centros de aleitamento, creches, jardins de infância, lares infantis, colônias de trabalho, casa de maternidade para mulheres sós, etc. Além disso, a maternidade deixou de ser uma dimensão individual e privada e passou a ser coletiva. Deste modo,

A maternidade deixou de ser um assunto privado, para passar a ser um dever social. Começava a cair por terra o mito da mamã individualista, transbordante de amor pelo seu filho. Os hábitos coletivos inculcavam-se desde o berço e começava-se a modelar um novo tipo de cidadão (BARRADAS, 2017 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 9).

Em 1917, foi criado o Instituto de proteção da maternidade e da infância. Além disso, novas iniciativas emancipatórias foram criadas como a educação mista nas escolas e cantinas municipais que garantiam a alimentação coletiva. Além do mais, houve a tentativa da emancipação feminina no âmbito das tarefas domésticas e a liberdade de escolha sobre a maternidade. Desta maneira, “em 20 de novembro de 1920 foi legalizado o aborto, que deveria ser assistido, custeado e executado pelo Estado e realizado por simples desejo da mulher” (SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 11).

Com a morte de Lenin em 1924, Stálin<sup>11</sup> passou a sucedê-lo como chefe de Estado, suas primeiras medidas foi o fortalecimento da União Soviética através da industrialização, o que se caracterizou como um retrocesso, fortalecendo o conservadorismo e moralismo, principalmente no papel da família e da mulher (SIRELLI; CRUZ, 2017). Deste modo,

tornou mais fácil que no stalinismo a família patriarcal e a opressão das mulheres fossem reativados como forma de garantir a rápida industrialização, o crescimento e disciplinamento da força de trabalho e o redirecionamento dos investimentos dos serviços de socialização do trabalho doméstico para a indústria, além de estimular a submissão política através do reforço da família patriarcal marcada pela autoridade do homem sobre os demais membros (SILVA, 2016 *apud* SIRELLI; CRUZ, 2017, p. 15).

As mulheres Russas são a prova de que com luta pode haver uma revolução e conseqüentemente uma emancipação feminina, porém não será possível na ordem do capital. Como já afirmava Angela Davis<sup>12</sup> (2016) a liberdade é uma batalha cotidiana. Isso por que está provado que os direitos que levaram décadas para serem conquistados podem ser perdidos em poucos anos, como foi o caso da Rússia pós-comunista, que levou a perda dos direitos femininos em tão pouco tempo, apesar de terem sido conquistados arduamente pelas mulheres.

Para Marx *apud* Souza; Domingues (2012) a revolução política direciona a emancipação política, enquanto a revolução social pode levar a emancipação humana. Desta forma,

A emancipação política é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade burguesa, a indivíduo egoísta independente, e, por outro, a cidadão, a pessoa moral. Mas a emancipação humana só estará plenamente realizada quando o homem individual real tiver recuperado para si o cidadão abstrato e se tornado ente genérico na qualidade de homem individual na sua vida empírica, no seu trabalho individual, nas suas relações individuais, quando o homem tiver reconhecido e organizado suas “forces propres” (forças próprias) como forças *sociais* e, em consequência, não mais separar de si mesmo a força social na forma da força política (MARX, 2010 *apud* SOUZA; DOMINGUES, 2012, p.9).

No que tange a emancipação feminina é importante ressaltar a importância do feminismo e do socialismo, pois ambos visam à emancipação humana. Cisne (2014)

---

<sup>11</sup> Josef Stalin nasceu em 1878, após sua deportação para a Sibéria se aproximou de Vladimir, mas conhecido como Lenin, que teve um papel importante, juntamente com as mulheres através do partido Bolchevique, na Revolução Russa (GASPARETTO JUNIOR, [S.d]).

<sup>12</sup> Angela Yvonne Davis é professora, militante dos direitos das mulheres e contra a discriminação social e racial, além de ser uma filósofa socialista, nasceu no Alabama, Estado Unidos em 1944 (HAILER, 2015).

evidencia a feminista anarquista Emma Goldman<sup>13</sup> que em 1906 já chamava a atenção para a auto-organização das mulheres na busca por sua emancipação. Goldman acreditava que nem a igualdade no trabalho e nem o direito ao voto era suficiente para que houvesse uma modificação na situação das mulheres. Para isso era necessário, segundo Goldman *apud* Cisne (2014) que houvesse uma ruptura pelas próprias mulheres no que diz respeito a sua submissão e opressão. Cisne (2014) também chama atenção para a feminista Clara Zetkin<sup>14</sup>, que foi uma das primeiras e maiores personagens no contexto do movimento socialista internacional. Em 1889, em uma das suas conferências denominada de “Pela libertação das mulheres” foi feita a primeira declaração política da classe trabalhadora europeia no que tange a questão da mulher.

As mulheres operárias estão totalmente convencidas de que a questão da emancipação das mulheres não é uma questão isolada. Sabem claramente que na sociedade atual não pode ser resolvida sem uma transformação básica da sociedade. [...] A emancipação das mulheres, assim como de toda a humanidade, só ocorrerá no marco da emancipação do trabalho do capital. Só em uma sociedade socialista as mulheres, assim como as trabalhadoras, alcançarão seus plenos direitos (ZETKIN [S. d.] *apud* CISNE, 2014, p. 112).

É importante salientar que a luta feminina não deve ser de interesse apenas das mulheres, mas de toda a humanidade. Visto que, só é possível a emancipação humana se houver uma emancipação feminina. Logo, “a luta pelo fim das relações que tornam a mulher objeto de exploração, inclusive sexual, enfim, a luta pela emancipação das mulheres está associada à luta pela emancipação humana.” (CISNE, 2014, p. 115).

Acabar com a propriedade privada e transformar a economia doméstica individual em uma economia socializada são elementos indispensáveis para a emancipação, assim como a alteração dos valores e da cultura, porém, essas transformações ainda são insuficientes (CISNE, 2014). Modificar práticas e costumes fortemente consolidados não é uma tarefa rápida e nem fácil.

A emancipação da mulher não é um ato de caridade, não resulta de uma posição humanitária ou de compaixão. A libertação da mulher é uma necessidade fundamental da Revolução, uma garantia da sua continuidade, uma condição de seu triunfo. A Revolução tem por objetivo essencial a destruição do sistema de exploração, a construção duma nova sociedade libertadora das potencialidades do ser humano e que o reconcilia com o

---

<sup>13</sup> Emma Goldman foi uma anarquista, feminista, escritora e sindicalista. Teve um papel primordial para o desenvolvimento do anarquismo na América do Norte, no Século XX. Nasceu em Kovno em 1869, na Lituânia e morreu aos 70 anos de idade em Toronto, Canadá (DIAS, 2017).

<sup>14</sup> Clara Josephine Zetkin foi professora, jornalista e política marxista alemã. Nasceu em 1857 e morreu no ano de 1933 (DOSSIER, 2010).

trabalho, com a natureza. É dentro desse contexto que surge a questão da emancipação da mulher (MACHEL, 1982 *apud* CISNE, 2014, p. 116).

Deste modo, busca-se romper com o sistema baseado na exploração para a elaboração de uma sociedade pautada na igualdade e na liberdade, visto que o capitalismo é antagônico com a igualdade. A emancipação humana só será possível com a emancipação feminina e na sociedade baseada no socialismo, pois o socialismo e feminismo são de fundamental importância para a compreensão e construção de um sujeito revolucionário, refletindo para a consolidação de uma sociedade mais justa e igualitária.

Outro ponto importante de ser abordado é a autonomia feminina. “Etimologicamente, o termo autonomia deriva do grego onde *auto* significa próprio e *nomos* significa lei, regra, norma” (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 3). Assim, tem o significado de autodeterminação do indivíduo em realizar suas próprias escolhas, optando sobre o que é bom ou ruim. Para ter autonomia tem que se averiguar se existe liberdade de pensamento e escolhas, sem nenhum tipo de coerção externa. Quando uma mulher procura os serviços do planejamento familiar, será que ela está exercendo a autonomia de escolha ou está procurando tais serviços por algum tipo de imposição ou pressão masculina<sup>15</sup>? Desta forma, se não há uma possibilidade de escolha, então não pode exprimir a liberdade, não existindo, assim, a autonomia. “Deste modo, a autonomia nada mais é que uma liberdade moral, conferida a todos e que deve ser respeitada” (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 3).

Tendo em vista o controle social, o estado psíquico do ser humano, as suas relações sociais, se torna impossível falar numa autonomia pura, desvinculada de qualquer coação interna ou externa; no entanto, existem algumas situações em que é visível a falta total da autonomia. Se não há liberdade, a autonomia não é desenvolvida de forma ampla [...] (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 3).

A autonomia feminina sobre seu próprio corpo não deveria sofrer com nenhuma forma de limitações abusivas. Tanto no Estado quando juridicamente existem normas que limitam a autonomia das pessoas sobre o seu próprio corpo, seja em sua sexualidade ou em outros aspectos. Segundo Santos (2008), a autonomia feminina é um dos principais objetivos do feminismo que visa à igualdade entre os sexos. Dessa forma, a autonomia acaba sendo a manifestação da

---

<sup>15</sup> Esta questão será tratada em uma segunda etapa de estudo.



emancipação e de independência feminina politicamente, socialmente e economicamente, sendo assim, atribuindo à conquista da cidadania.

Segundo Sader, o uso do conceito por vários articuladores dos movimentos têm em comum “o fato de a noção de “sujeito” vir associada a um projeto, com base em uma realidade” e “a conotação com a ideia de autonomia, como elaboração da própria identidade e de projetos coletivos de mudança social a partir das próprias experiências” O “sujeito autônomo não é aquele (pura criação voluntarista) que seria livre de todas as determinações externas, mas aquele que é capaz de reelabora-las em função daquilo como sua vontade” (SADER, 1988 *apud* SANTOS, 2008, p. 62).

A autonomia é de fundamental importância para a emancipação feminina, visto que para que ela aconteça as escolhas e vontades femininas devem ser respeitadas por todos. As mulheres já conseguiram, em sua jornada de lutas, alguns direitos, como ao voto, a participação no mercado de trabalho, a inserção em universidades, o divórcio, o acesso a pílulas anticoncepcionais e métodos de contracepção e esterilização, ou seja, um maior controle sobre seu direito reprodutivo, entre outros. Discutiremos adiante os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a política de saúde no Brasil e a importância do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) focando a discussão em um dos seus serviços oferecidos, que é o planejamento familiar.

### 3.2 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas voltadas à área da Saúde no Brasil tem uma trajetória marcada por ideais capitalistas, lutas de classe e desinteresse por parte do Estado até o final da década de 1980, quando a saúde passa a ser “um direito de todos e dever do Estado” com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

No século XIV, portugueses e espanhóis estavam explorando os mares em busca de novas terras, essa busca levou Pedro Álvares Cabral, com suas 13 caravelas, a encontrar um território ainda inexplorado pelos europeus. Essas terras, encontradas em 1500 na América do Sul, denominada de Brasil, teve por objetivo dos europeus a exploração. Por séculos essa terra e seus nativos não tiveram a atenção e o cuidado de seus colonizadores, incluído a saúde que era inexistente. Segundo Polignano (2001, p. 3) “a saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.” Assim, o primeiro ato de saúde

no Brasil foi a mínima estrutura sanitária implantada na capital, devido a vinda da Família Real. Em 1850 a saúde pública não mudou muito, era resumida na pouca estrutura sanitária e no controle dos navios e portos. A falta de médicos no período imperial era evidente, na qual se destacou os Boticários, que atualmente conhecemos como os farmacêuticos.

No final da década de 1880 o governo imperial estava passando por uma forte crise, o que acarretou em 1889 a Proclamação da República. No que tange a saúde, o país estava passando por graves epidemias, como a varíola, malária, febre amarela, e peste bubônica. Essas doenças não tiveram impacto apenas na população, mas também na economia, já que o comércio era baseado na exportação. Devido a tais condições da saúde pública no Brasil, na década de 1900, o presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, com a missão de erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001).

O modelo de intervenção proposto por Oswaldo Cruz ficou conhecido como Campanhista e “foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação” (POLIGNANO, 2001, p. 5). Essa forma de intervenção levou a revolta da população, onde a maioria era pobre e sem escolaridade, o que dificultou no entendimento do que seria a vacina e seus benefícios. Todos esses fatores acarretaram em um grande movimento populacional contra a vacinação, que ficou conhecida como Revolta da Vacina. Apesar da forma de como a população foi abordada pelo modelo campanhista, ele representou uma grande vitória no que diz respeito ao controle das doenças (POLIGNANO, 2001).

Segundo Polignano (2001), o sucessor de Oswaldo Cruz, foi Carlos Chagas quem introduziu em 1920 a propaganda e a educação sanitária. Ele expandiu o saneamento básico pra outros estados, criou órgão especializado contra a tuberculose, lepra e as doenças venéreas, além de criar a Escola de Enfermagem Anna Nery.

No século XVIII iniciou o processo de industrialização no Brasil, o que resultou ao elevado número de imigrantes europeus, devido sua mão de obra barata e a urbanização acelerada, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Os operários não possuíam nenhum direito trabalhista, as fábricas tinham péssimas condições de trabalho, baseados na exploração e na mais-valia. “Em função das

péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919” (POLIGNANO, 2001, p. 6). Isso se deu pelo fato de que a grande parte dos operários eram europeus, isso significava que eles já conheciam os movimentos sociais e os direitos trabalhistas, já conquistados em seu continente, o que favoreceu a mobilização dos trabalhadores brasileiros.

Como resposta a essas mobilizações o governo brasileiro aprovou em 1923 a Lei Eloy Chaves, que caracterizou o início da previdência social no Brasil. Através dessa lei foi criada as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP).

A Lei Eloy Chaves cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 31).

Inicialmente, esta lei era apenas para os trabalhadores formais e urbanos, excluindo os trabalhadores rurais, que só tiveram seus direitos conquistados em 1960 com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Isso se deve ao fato de que a economia do país nessa época dependia do trabalho dos operários, um exemplo são os ferroviários que foram os primeiros a terem a CAP, devido sua grande importância para a economia do país. Assim, pode-se dizer que a CAP foi uma resposta dos capitalistas e do Estado para as manifestações. As CAPs deveriam ser organizadas pelas empresas, na qual deveriam receber mensalmente um valor dos empregados, da empresa e dos consumidores do serviço. O valor arrecadado era depositado na conta bancária da CAP que cobriam o direito a aposentadoria, pensão, auxílio funeral e médico (POLIGNANO, 2001).

O período entre 1922 a 1930 foram marcados por uma devastadora crise internacional que paralisou a economia mundial. O cenário político no Brasil foi definido pelo rompimento da “Política do Café com Leite” entre São Paulo e Minas Gerais no governo de Getúlio Vargas. Com a mudança na estrutura do Estado o objetivo era a expansão econômica. De acordo com Polignano (2001, p. 9) “[...] foram criados o ‘Ministério do Trabalho’, o da ‘Indústria e Comércio’, o ‘Ministério da Educação e Saúde’ e juntas de arbitramento trabalhista.” Em 1943 houve a

Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), marcada pela crescente massa de trabalhadores assalariados. Desta forma, a CLT estabelece uma aliança entre o capital e o trabalho, sendo uma estratégia para conter as reivindicações dos trabalhadores que estavam vivendo em condições precárias de higiene, saúde e habitação.

No âmbito da saúde se destacavam a saúde pública e a saúde previdenciária. De acordo com Bravo (2012, p. 4), “[...] o subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo.” Em 1932 são criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) que destacou “[...] o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 32). Desta forma, à saúde previdenciária torna-se predominante na década de 1960. Vale destacar que a previdência tinha por objetivo a acumulação financeira.

Em meados da década de 1960 foi consolidado a Política Nacional da Saúde, além da criação do Plano Salte (iniciais de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), no governo de Eurico Gaspar Dutra, com a finalidade de desenvolvimento da Saúde, Alimentação, Transporte e Energia como estratégia de combate do elevado nível de inflação que este período estava passando. De acordo com Bravo (2012), neste período o quadro de saúde da população brasileira ainda não tinha conseguido superar as doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade geral e infantil.

No ano de 1963, no governo de João Goulart, foi realizado a III Conferência Nacional de Saúde. Para Bertolozzi e Greco (1996) foi nesse período que houve uma maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da união. Em 1964 o país é marcado pelo golpe de Estado, instaurando-se a Ditadura Militar. Diante das manifestações populares “o regime instituído procurou atuar através da formulação de algumas políticas sociais na busca da legitimação do governo perante a população” caracterizando um estado tecnoburocracista (POLIGNANO, 2001, p.14).

Uma das ações do Regime Militar foi à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da unificação das IAP’S em 1966.

O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012, p. 32).

O INPS passou a ser uma das principais fontes de assistência médica dessa época, até porque englobou também os trabalhadores rurais, domésticos e autônomos, o que levou um declínio da saúde pública. Contudo, “[...] houve no INPS, um déficit orçamentário por conta das inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde mascarando, de fato, o volume de unidades de serviço” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 9).

Outra característica dessa época destacada por Oliveira e Teixeira (1989) foi o desenvolvimento do complexo médico-industrial, que era responsável pela elevada acumulação de capital das indústrias farmacêuticas, além da prática médica curativa, assistencialista, especializada e individual.

Polignano (2001) afirma que o regime ditatorial, no âmbito da saúde pública, estabeleceu em 1967 o Decreto Lei 200, que ira determinar as competências do Ministério da Saúde. Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com o objetivo de criar estratégias para a erradicação e controle de endemias. Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito público e privado e em 1976 foi iniciado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), caracterizando-se como primeiro programa de medicina simplificada de âmbito nacional, possibilitando o crescimento da rede pública ambulatorial.

Em 1985 o país estava passando por várias manifestações, uma delas ficou conhecida como “Diretas Já” que marcou o final da Ditadura Militar, sendo consolidada com a eleição de Tancredo Neves para presidente.

Segundo Bravo (2012), nessa conjuntura as reivindicações também eram em prol da saúde, pois esta passou a ser vinculada à democracia. Assim, não estavam na luta apenas profissionais da saúde, com o objetivo de fortalecimento do setor público, mas também o movimento sanitário, os partidos políticos e os movimentos sociais articulados com a sociedade civil.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização ao acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo ordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do

processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2012, p. 9).

Um momento marcante para a saúde no Brasil foi a XVIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, com as discussões baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização e participação da sociedade. Segundo Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006) a Conferência contou com mais 5.000 participantes, que elaboraram um relatório que subsidiou a Constituição de 1988 e o atual Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco para a população, devido à ampliação dos direitos sociais. No que se refere à saúde, a Assembleia Constituinte estava dividida em dois blocos:

[...] os grupos empresários, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústria Farmacêutica, e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela saúde na Constituinte [...] (BRAVO, 2012, p. 10).

Devido aos acordos políticos e à pressão popular, o texto Constituinte acolheu grande parte das reivindicações do movimento sanitário, assim os interesses do setor privado foram prejudicados, enquanto as indústrias farmacêuticas não tiveram nenhuma alteração em seu quadro.

De acordo Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006),

O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (p. 7).

No final da década de 1980, o projeto da Reforma Sanitária passou por fragilidades, devido a sua burocratização e a despolitização. Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido elaborado na Constituição de 1988, sua regulamentação só foi possível em 1990, após a criação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 e a Lei 8.142). Nestas foram definidas a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e a descentralização política administrativa como os princípios doutrinários do SUS (POLIGNANO, 2001).

De acordo com Polignano (2001, p. 23) “o SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. O setor privado só poderá participar do SUS de forma

complementar. A Lei 8.080 estabelece o modelo operacional do SUS e estabelece que os recursos devam ser provenientes da Seguridade Social.

[...] pela Constituição Federal de 1988, foi coerentemente acompanhada da inserção do Sistema Único de Saúde no Sistema de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), bem como do financiamento do SUS no Orçamento da Seguridade Social, acrescido de recursos dos tesouros Federal, estaduais e municipais (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2003, p. 403).

Com o decorrer dos anos o SUS passou por edições no seu funcionamento e operacionalização através das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Polignano (2001) afirma que para o Conselho Nacional de Saúde, as NOBs foram responsáveis pela definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema. Foram editadas a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93 e a NOB-SUS 01/96.

No governo de Fernando Henrique Cardoso, ainda na década de 1990, o Estado se caracterizou como uma política neoliberal de cunho privatista. A Contra-Reforma do Estado, segundo Krüger (2014), tinha como objetivo a redução de tamanho e de funções do Estado, pela via da privatização, terceirização e publicitação, além da redução do grau de intervenção estatal. Nota-se que o Estado estava fugindo de suas responsabilidades ao transferir suas ações para o setor não estatal. Bravo (2012, p.14) afirma que a “hegemonia neoliberal no Brasil, tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”.

Com o auge da privatização das empresas estatais, em 1996, o financiamento do SUS estava passando por crise, o que levou a falta de leitos em grandes hospitais. A crise afetou também os hospitais Universitários, o que acarretou no aumento das ações dos hospitais filantrópicos. A NOB 96 foi um marco no que se refere ao modelo de gestão do SUS, pois consolidou a Municipalização e propôs aos municípios a implantação da Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, além de fortalecer a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (POLIGNANO, 2001).

Em 2002, o candidato Luiz Inácio Lula da Silva vence as eleições contra José Serra, candidato do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. De acordo com

Bravo (2012), o governo Lula continuou com a política macroeconômica e as políticas sociais estavam associadas à lógica econômica. Esperava-se que o governo apoiasse o projeto da Reforma Sanitária, porém foram tomadas algumas ações que “[...] procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento” (BRAVO, 2012, p. 16). Em seu governo Lula criou as Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde e a de Gestão Participativa. Como descrito por Bravo (2012), outros aspectos deste governo foram a precarização, terceirização do trabalho e o pouco interesse de viabilizar a Seguridade Social.

Em 2011 Dilma Rousseff é eleita como presidenta e dá continuidade ao governo e ações de Lula. Segundo Carvalho (2013), o governo de Dilma trouxe propostas para fortalecimento do SUS. São elas:

Incrementar as ações de proteção e promoção da saúde e prevenção de doenças; Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde; Humanização, acolhimento e qualidade; Avançar na política de assistência farmacêutica com distribuição gratuita de medicamentos e fortalecer o programa farmácia popular implantada pelo governo Lula; Fortalecer a saúde mental e promover o tratamento do uso abusivo do álcool, do crack e de outras drogas; Garantir financiamento para investimento na melhoria da infraestrutura da rede de atenção à saúde do SUS; Aprofundar as políticas de gestão do trabalho e a educação na saúde; Ampliar a qualidade de gestão do SUS modernizando os seus mecanismos de gestão; Financiamento crescente e estável para o setor, compatível com o crescimento, o desenvolvimento econômico e social do país e com as necessidades do SUS; Aprovar a lei de responsabilidade sanitária; Fortalecer o controle social com gestão democrática e participativa; Aumentar a capacidade de regulação do estado brasileiro sobre os diversos setores econômicos que influenciam a saúde; Ampliar as políticas de fortalecimento e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde. (CARVALHO, 2013, p. 12).

Infelizmente muitas dessas propostas não foram efetivadas, mas um dos avanços no âmbito da saúde realizado no governo de Dilma foi o Programa “Mais Médico” que se caracterizou por trazer médicos de outros países com o objetivo de suprir a falta de médicos nos municípios do interior e das grandes cidades do Brasil. Em seu segundo mandato, no dia 12 de maio de 2016, Dilma sofre impeachment decorrente de um Golpe, assumindo o vice-presidente Michel Temer, o que veio a fragilizar ainda mais a saúde pública do Brasil, já considerada débil. Atualmente a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado, fruto de longo período de luta, porém decorrente do atual governo não só a saúde, mas as políticas sociais estão perdendo espaço e força, ficando cada vez mais fragilizadas.



### 3.3 A GÊNESE DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Em 1950 e 1960, grande parte dos países da América Latina exerciam políticas consideradas neutras ou até mesmo natalistas. Porém, os demógrafos neomalthusianos tinham a preocupação com os altos índices de crescimento demográfico dos países pobres, pois os consideravam um obstáculo econômico além de uma forma de perpetuar a pobreza. “Para eles, a alta proporção de jovens aumentava as despesas demográficas competindo com os recursos para o investimento econômico, provocando um círculo vicioso em que os pobres têm muitos filhos porque são pobres” (ALVES, 2006, p. 24). Deste modo, de acordo com Alves (2006) para sair desse ciclo vicioso era necessário o controle da natalidade, que deveria ser aplicada mesmo que de forma coercitiva.

Contudo, vários países do Terceiro Mundo, com apoio de países socialistas passaram a denunciar a política de controle da natalidade que tinham como objetivo o controle da população pobre no mundo.

O debate macroeconômico entre controlismo versus desenvolvimentismo marcou a disputa ideológica. Propugnar o controle da natalidade era ser de direita, enquanto as forças de esquerda defendiam o desenvolvimentismo como solução para a superação da pobreza e da miséria. Este debate esteve presente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida em Bucareste em 1974 (ALVES; CORRÊA, 2003 *apud* ALVES, 2006, p. 24).

Dentro desse quadro de discussão, houve uma queda drástica da fecundidade pelo mundo. Segundo Alves (2006), a fecundidade no Brasil em 1960 caiu consideravelmente apesar de ainda ser proibido o aborto, a esterilização e a venda de métodos contraceptivos. Diante dessa situação começaram a surgir expressões que espelhavam a preocupação da sociedade brasileira, virando pauta nos debates acadêmicos e na política. Dentre essas expressões estava o planejamento familiar, o bem estar da família, os direitos reprodutivos, a regulação da fecundidade, dentre outros.

Desde o século XIX até a década de 1960 a saúde voltada para as mulheres tinha como eixo principal o seu papel de mãe. “O pré-natal, o parto, a amamentação e o cuidado com os filhos eram os principais temas tratados nos manuais de higiene e de serviços públicos de saúde” (SILVA, 2007, p. 38). Diante desse quadro, a saúde

da mulher brasileira tinha como demanda exclusiva a gestação e o parto, e assim permaneceram por décadas (SILVA, 2007).

Como o governo brasileiro não possuía uma política que atendesse as demandas de regulação da fecundidade, o mercado, principalmente as farmácias, passaram a atender tal procura. Para Coelho *et al* (2000 *apud* LIMA, 2011, p. 2), as mulheres “[...] aderem principalmente à contracepção hormonal mas, sem assistência adequada, comprometem a sua saúde e tornam-se cada vez mais dependente do sistema médico.” Desta maneira,

os médicos e os profissionais de saúde entendiam a demanda por regulação da fecundidade não como um “controle coercitivo da natalidade”, ao estilo neomalthusiano, mas como uma maneira de planejar a procriação e adapta-la às condições individuais e sociais vigentes. O planejamento familiar era também entendido como uma resposta preventiva ao aborto provocado e inseguro. Assim, existia uma visão de que o planejamento familiar era uma condição para a elevação do bem-estar e para a maior mobilidade social: “Esta concepção sobre o planejamento familiar vem complementar a perspectiva humanizante cuja tarefa é principalmente ‘educar’. Agora cumpre também, no discurso liberal-democrático, redistribuir o acesso à informação, democratiza-la, enfim, levando-a às famílias trabalhadoras. Estas posturas liberais, diante do planejamento familiar, se distinguem do discurso controlista da natalidade, tendem a neutraliza-lo politicamente, indo de encontro aos anseios do indivíduo e da família. Individual e coletivo dicotomizam-se nesta perspectiva” (ALVES, 2006, p. 25).

Diante desse cenário, com a procura de um serviço de planejamento familiar e a falta de políticas públicas que correspondesse a tal procura, a Sociedade Bem-estar da Família (BENFAM) apresentou serviços de regulação da fecundidade (ALVES, 2006). “Entre os anos de 1966 e 1975 a BENFAM expandiu suas atividades através de um conjunto de clínicas, muitas delas conveniadas com a rede médica, empresas e universidades [...]” (ALVES, 2006, p. 25). Além da BENFAM, outras entidades se destacaram como o Centro de Pesquisa de Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC) fundada em 1975 e a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF) fundada em 1981.

Apesar das instituições, tanto públicas quanto privadas, ofereceram os serviços de planejamento familiar o governo brasileiro ainda continuava pró-natalista. Após a Conferência de Bucareste em 1974, mesmo o Brasil propagando a ideologia desenvolvimentista, “foi criado um consenso de que o planejamento familiar é um direito dos cidadãos e que cabe ao Estado fornecer os meios

adequados para atender as informações e a demanda por métodos contraceptivos seguros e adequados” (ALVES, 2006, p. 27).

Com o novo governo brasileiro, do general Geisel (1974 – 1979) houve uma maior liberdade com o planejamento familiar. No entanto, só atendiam as camadas mais ricas da sociedade, enquanto para as camadas mais pobres e de menor nível de escolaridade, segundo Alves (2006), havia poucas informações e meios para a regulação de suas preferências reprodutivas. Além disso, houve um aumento das entidades prestadoras de serviço do planejamento familiar e deu-se início ao Programa da Saúde Materno-infantil.

### 3.4 O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO FEMINISTA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INTEGRAL E REPRODUTIVA DA MULHER

As mulheres tiveram uma participação fundamental na luta pela questão da fecundidade, que deu origem no século XX. Alves (2006) afirma que tanto na Inglaterra quanto nos Estados Unidos o movimento feminista lutou por direito ao voto, ao trabalho e ao acesso aos meios contraceptivos. “Emma Goldman (1869-1940), Margareth Sanger (1883-1966) e Marie Stopes (1880- 1958) foram três mulheres que tiveram papel marcante na luta pela autonomia reprodutiva, tanto nos EUA quanto em outros países do mundo” (ALVES, 2006, p. 27).

Na primeira onda do movimento feminista brasileiro, ainda no século XX, não teve como luta à liberdade reprodutiva. A sexualidade e reprodução só ganharam espaço como foco principal da luta apenas na segunda onda do feminismo, quando o mundo passava pela “revolução sexual”, em 1960, conforme destaca Alves (2006). Contudo, o movimento feminista brasileiro teve dificuldades devido às limitações no que tange a liberdade de expressão devido à ditadura militar.

O movimento feminista brasileiro recebeu grande incentivo internacional quando a Organização das Nações Unidas – ONU - decretou o ano de 1975 como Ano Internacional da Mulher e, na década da mulher, organizou três Conferências Internacionais: México (1975), Copenhague (1980) e Nairobi (1985). Os temas específicos de interesses das mulheres ganharam relevância em relação aos temas gerais e as questões de gênero entraram definitivamente na pauta acadêmica e política (ALVES, 2006, p. 28).

Segundo Coelho, Lucena e Silva (2000) avalia-se que em 1990 uma a cada oito mulheres brasileiras em idade fértil praticaram o aborto, com um total de quase 350 mil abortos mensalmente.

No mundo, mais de 70 mil mulheres morrem anualmente em consequência de abortos mal feitos (OMS, 1996), ou seja, realizados clandestinamente, por pessoas não qualificadas que utilizam procedimentos invasivos, com instrumental inadequado (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 43).

Por causa da clandestinidade não há dados concretos sobre o número de aborto, porém o Ministério da Saúde calcula que a cada 100 abortos ao menos 25 ocorrem com adolescentes (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000). Além disso, as gestantes adolescentes que praticam o aborto ou até mesmo o parto estão entre as cinco primeiras causas de mortalidade. Das adolescentes que engravidam, 40% tem o segundo filho em um prazo máximo de três anos.

No Brasil, a limitação do acesso à informação e à diversidade de métodos contraceptivos faz com que a laqueadura predomine como o método de escolha após um ou dois filhos, muitas vezes realizada em idades precoces e forçadas por cesáreas, das quais, mais da metade são desnecessárias (OMS, 1994 *apud* COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 43).

Foram notórias as dificuldades enfrentadas pelas mulheres em relação a sua saúde reprodutiva, a falta do acesso aos meios de regulação da sua fertilidade o desconhecimento quanto ao seu próprio corpo, além de não terem a autonomia de atender suas vontades para que assim, possam fazer escolhas conscientes sobre os diferentes métodos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) trouxe dados do Banco Mundial, que em 1994 existiam graves problemas na saúde reprodutiva, desta maneira, a

informação e escolha de anticoncepcionais extremamente limitada, altas taxas de aborto de risco, altas taxas de câncer de colo de útero, grande número de mulheres com quase nenhuma atenção pré-natal; a taxa mais alta do mundo de nascimento por cesariana, e um risco crescente de bem-estar de mulheres e homens, devido a doenças sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato reprodutivo (OMS, 1994 *apud* COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 43).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde apresentou em 1977 o Programa de Saúde Materno-Infantil, que englobava a prevenção da gestação de alto risco. Contudo, o movimento feminista questionou tal programa, pois o enfoque limitava-se apenas a saúde da mulher em sua função materna. Diante da luta feminista e do processo de redemocratização do país, houveram algumas conquistas na questão do planejamento familiar, que agora passou a ser aderido no contexto da saúde integral da mulher. Com efeito, em 1983 foi lançado o Programa de Assistência Integral à

Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como objetivo atender de forma integral a questão da saúde feminina, não focando exclusivamente nas questões de concepção e contracepção.

O PAISM se propunha a atender a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, dando atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, assim como de doenças ocupacionais e mentais (ALVES, 2006, p. 28).

Para somar com os avanços da época, houve uma conquista no âmbito mundial, pois a OMS definiu o conceito de saúde, em 1948, de forma que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (ALVES, 2006, p. 28). Segundo Alves (2006), nos primórdios dos anos de 1980 a ideia de “saúde integral da mulher” foi uma visão relacionada à reprodução biológica e social incluindo a cidadania.

Desta forma,

“saúde da mulher” surgiu “como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: ‘Nosso corpo nos pertence’”. As autoras mostram que a questão da “saúde da mulher” era uma palavra de ordem radical para o seu tempo e que se desdobravam em dois campos. No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. [...] A discussão sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher, tanto no Brasil, quanto no mundo, evoluíram para o conceito de “saúde reprodutiva”, o qual foi adotado pela OMS, em 1988 (CORRÊA; ÁVILAR, 2003 *apud* ALVES, 2006, p. 29).

### 3.5 O PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM) E A LEI 9.263/96

A população brasileira é composta por sua maioria de mulheres e elas são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja à procura de atendimento para si mesma ou para acompanhar os filhos, maridos, parentes e pessoas próximas. Elas possuem uma longevidade maior do que os homens, porém adoecem com mais frequência, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Por muito tempo, a saúde destinada para as mulheres se restringiam apenas aos seus aspectos biológicos, na anatomia do corpo feminino e na maternidade. Após reivindicações do movimento feminista e de mulheres o Ministério da Saúde

criou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com “[...] propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção [...]” (BRASIL, 2004, p. 16). Fundamentado na perspectiva da atenção integral à saúde da mulher.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST<sup>16</sup>, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984 *apud* BRASIL, 2004, p. 17).

O período da implantação do PAISM foi marcado pela transição do Regime Militar para a Redemocratização do país. A criação do PAISM teve influência direta com o processo de construção do SUS e com a Constituição Federal de 1988, assim como princípios e diretrizes da nova legislação.

Com a elaboração do PAISM o planejamento familiar passou a ser um dos programas de assistência à saúde integral da mulher. O PAISM foi uma grande conquista, pois apresentou um posicionamento de neutralidade dos objetivos natalistas e controlistas das políticas macroeconômicas, além disso, demonstrou o interesse por parte do poder público com a temática da reprodução, contudo o grande déficit foi o pouco destaque da responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade (ALVES, 2006).

Em 1984 houve a Conferência Internacional de População que ocorreu no México, onde reconheceu que o planejamento da prole é um direito de todo cidadão e que é dever do Estado garantir todas as informações e meios para promoção da fecundidade, além disso, o planejamento familiar passou a ser disponibilizado na estratégia de assistência à saúde integral da mulher (ALVES, 2006). Essa perspectiva foi muito importante, pois norteou as discussões para a elaboração da Constituição Federal de 1988.

Na constituinte três eixos sociais atuaram organizadamente no debate do planejamento familiar: a igreja católica que foi representada pela Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB); as feministas que foram representadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e as entidades privadas que foram representadas pela Sociedade Bem-estar da Família (BENFAM). Segundo

---

<sup>16</sup> Doença Sexualmente Transmissível.

Rocha *apud* Alves (2006) nenhum dos eixos saiu vitorioso, porém o texto final atendeu parcialmente todas as três forças:

[...] a CNBB garantiu parte de suas proposições éticas, o CNDM garantiu que a afirmação da livre decisão do casal e a garantia do Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício do planejamento familiar e, ambas, conseguiram colocar o princípio da não coerção. A BENFAM conseguiu garantir a participação dos setores privados nos serviços de planejamento familiar. É preciso deixar claro que a Igreja Católica quando fala de planejamento familiar está se referindo aos métodos naturais de regulação da fecundidade e de paternidade responsável, como sendo as obrigações que os pais e as mães têm para com seus filhos (ROCHA, 1988 *apud* ALVES, 2006, p. 30).

Deste modo, após os debates ocorridos na Assembleia Constituinte, o texto aprovado no artigo 226 da Constituição Federal Brasileira de 1988, ficou descrito desta maneira:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.  
§ 7º. Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Em relação à esterilização masculina e a ligação tubária que até então era proibido no Brasil pelo artigo 16 do decreto 20.931 de 1931 e pelo Código Penal brasileiro de 1940 a ligação tubária foi um dos métodos mais utilizados de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 na qual,

[...] a esterilização feminina consistia em 52,0% de todos os métodos contraceptivos utilizados, seguida em segundo lugar e com considerável distância, pela pílula, usada por 27,0% da população feminina. A esterilização masculina, por outro lado, é menos comumente praticada (2,4%) do que métodos tradicionais como a abstinência periódica (4,0%) e o coito interrompido (4,0%). Ainda de acordo com a PNDS de 1996, mais de 50,0% de todas as esterilizações ocorreram durante um nascimento por cesariana (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2002 *apud* ALVES, 2006, p. 31).

Foi apenas em janeiro de 1996 que o Congresso Nacional aprovou a Lei de nº 9.263 que normatizou o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que dedica-se ao planejamento familiar, de acordo com Alves (2006). No que tange a esterilização, tanto masculina quanto feminina, o artigo 10 só foi aprovado e sancionado em 1997, através da Portaria Nº144 de 20 de Novembro de 1997, na qual foi relatada desta maneira:

Art.3. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da

vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 1).

Já na questão do aborto havia dois eixos opostos, as feministas que ressaltavam a importância da legalização do aborto e a Igreja Católica que defendia a vida desde a sua concepção, havendo assim, um impasse, deste modo a questão do aborto não entrou no texto constitucional (ALVES, 2006).

Nas décadas de 1980 e 1990, conforme Alves (2006) descreve, foi possível a implantação de uma legislação que regulasse o planejamento familiar, contudo o acesso aos métodos contraceptivos oferecidos pela rede pública de saúde continuou baixa, por causa da crise fiscal que o Brasil estava passando. As famílias pobres não tinham como realizar de forma plena seus direitos de livre escolha reprodutiva. Não sendo possível aos casais mais pobres ter plenas condições ao decidirem limitar ou escolher de quanto em quanto tempo desejariam ter filhos, pois não havia condições de adquirir os métodos contraceptivos no mercado. Essa situação levou muitas mulheres e adolescente a terem gestações indesejadas.

### 3.6 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS E O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Os direitos sexuais e reprodutivos representam uma conquista histórica, fruto da luta dos movimentos sociais, feministas e de mulheres. Dentre o marco histórico que envolve essa temática podemos citar a Constituição Federal de 1988 que traz no Título VII da Ordem Social, no Capítulo VII, do art. 226, § 7º, o dever do Estado com as ações referente ao Planejamento Familiar. Deste modo, em 1996, como já foi citado anteriormente, foi sancionada a Lei nº 9.263 que regulamenta o Planejamento familiar no Brasil (BRASIL, 2005).

No campo internacional, foi de imensa importância a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Cairo em 1994 que “[...] conferiu papel primordial à saúde, e aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano” (BRASIL, 2005, p. 6). Vale salientar que esses debates tinham como perspectiva as questões dos direitos humanos. Assim, foi



definida pela Plataforma de Ação do Cairo, no Capítulo VII, § 7.3, que os direitos reprodutivos são:

[...] direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2005, p. 7).

A definição de saúde sexual e reprodutiva foi estabelecida na Conferência do Cairo em 1994, de modo que:

a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (ALVES, 2006, p. 35).

Outro marco foi a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que ocorreu na década de 1995, em Pequim. Essa Conferência revalidou os pontos que foram estabelecidos no ano anterior, na Conferência do Cairo. Desta forma, “os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma em relação aos direitos reprodutivos” (BRASIL, 2005, p.7).

As mobilizações da sociedade tiveram fundamental importância para a criação de políticas e programas voltados ao tema. Os marcos legais atuais encontram-se na Constituição Federal de 1988, na Lei do Planejamento Familiar de 1996, na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 2004 e em pactos internacionais como o Programa de Ação do Cairo de 1994, entre outros (VENTURA, 2009; NEGRÃO, 2012 *apud* FERREIRA; COSTA; MELO, 2014, p. 389).

Os direitos sexuais e reprodutivos não são a mesma coisa e devem ser tratados de forma distinta para assegurar o direito de ambas, porém elas se relacionam. Partindo da perspectiva das feministas e das relações sociais de sexo, Ávila (2003) entende que o direito reprodutivo se refere à igualdade e a liberdade no

âmbito da vida reprodutiva, enquanto os direitos sexuais se referem à igualdade e liberdade da sexualidade.

Ao longo da história as mulheres lutaram pela autonomia e liberdade sexual e reprodutiva, que devido ao machismo e patriarcado foram comprometidos por muito tempo. A partir da luta por esses direitos conquistados e com a democratização foi possível à alteração dessa ordem patriarcal.

Para as mulheres, a condição de sujeito construtores de direitos, e nesse caso construtoras de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução (ÁVILA, 2003, p. 467).

Apesar de serem assegurados por Lei, os direitos sexuais e reprodutivos não são gozados por todas as mulheres, visto que a violência, opressão, dominação e exploração são instrumentos de manutenção do domínio da vida sexual das mulheres ainda nos dias atuais, sendo amplamente observado no planejamento familiar.

Deste modo, o planejamento familiar é compreendido como uma livre decisão do homem, mulher ou do casal de controlar, estagnar ou aumentar o número da prole (BRASIL, 1996). O planejamento familiar é efetivado como uma das ações do PAISM, além de ser competência do Estado propiciar os recursos para seu devido funcionamento e não deve estar vinculado com o controle demográfico (BRASIL, 1996; VENTURA, 2009; BRASIL, 2002 *apud* FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Quando o governo desenvolve ações governamentais o objetivo é responder as necessidades da população. No planejamento familiar não foi diferente, dentre as necessidades estão o controle da natalidade, redução do aborto, à saúde da mulher, a redução da pobreza, entre outros. O controle da natalidade foi uma das principais metas do planejamento familiar no Brasil (SANTOS; FREITAS, 2011).

A pesar do planejamento familiar ser uma decisão do casal, como já foi exposto, recai para a mulher a responsabilidade da contracepção e da esterilização, predominando a desigualdade das relações sociais de sexo. É importante salientar que de acordo com Cisne (2014) o conceito de relações sociais de sexo é utilizado ao invés do conceito de gênero por ser mais adequado conforme a visão feminista. “Acreditamos que a adoção do conceito feminista francófono de ‘relações sociais de

sexo' corresponde mais diretamente à perspectiva teórico-política que buscamos empreender neste livro: a marxista" (CISNE, 2014, p. 61).

Devido a ordem patriarcal e capitalista a procriação, a prevenção e a esterilização são amplamente difundidas como uma responsabilidade feminina. Diferentemente das mulheres que possuem um leque de métodos contraceptivos a serem utilizados, como pílula anticoncepcional, dispositivo intrauterino (DIU), pílula do dia seguinte, adesivo anticoncepcional, anel vaginal, anticoncepcional injetável, implante anticoncepcional, entre outros, enquanto o único método utilizado pelos homens é a camisinha que não raramente se opõem a utiliza-lo.

Segundo Santos e Freitas (2011, p.1815) "os serviços de planejamento familiar tradicionais atuam em função da vida reprodutiva com responsabilidade exclusivamente feminina e prioridade social." Além de que, segundo os estudos de Osis et al *apud* Santos e Freitas (2011, p. 1815) ao analisar a "participação masculina nas atividades de planejamento familiar revelou envolvimento bastante reduzido dos homens e a inexistência de programas para saúde sexual e reprodutiva masculina em todas as capitais."

De acordo com o que foi exposto, apesar dos avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ainda na contemporaneidade nota-se uma forte cultura do patriarcado, que influencia na decisão da mulher na escolha dos métodos da contracepção e da esterilização, visto que historicamente é responsabilidade feminina. No âmbito do planejamento familiar são notórias as desigualdades das relações sociais de sexo, visto que a imposição social da maternidade designando a mulher apenas no papel de mãe e dona do lar e a responsabilidade feminina no planejamento familiar, que contraria a Lei 9263/96, que deveria ser uma livre decisão do casal e não uma imposição. Segundo Lima (2010) fica evidente o encargo feminino de acordo com três aspectos:

- 1) O número de esterilização feminina ultrapassa em grande quantidade o número de vasectomia; 2) Frente ao âmbito da concepção, especificamente nas tecnologias médico-reprodutivas, a mulher acaba por se sujeitar a riscos para alcance o projeto parental; 3) A legislação pertinente ao planejamento, perante a falta de medidas concretas, reforça o direcionamento cultural de que a mulher é a única responsável pela reprodução (LIMA, 2010, p. 8).

Muitas mulheres acabam por fazer a laqueadura tubária por pensarem, erroneamente, que a esterilização masculina seria prejudicial à potência sexual do homem. "O mito da impotência gera a escusa dos homens e impele as mulheres a

traçarem, por ela e sobre elas mesmos as atitudes concernentes aos métodos utilizados para a contracepção” (LIMA, 2010, p. 9). Além do mito, é evidente a falta de responsabilidade do homem na prevenção de proles, levando a mulher a ter que tomar suas próprias providências.

[...] de um lado, a não-colaboração do companheiro no que se refere ao uso do preservativo e à vasectomia e, de outro, a aceitação e incentivo para que suas mulheres mutilassem seus corpos para livrarem-se de uma problemática que, apesar de envolver ambos, parece ser encarada por eles como sendo de âmbito exclusivo das mulheres [...] (MARCOLINO; GALASTRO *apud* LIMA, 2010, p. 10).

Desde modo, cabe a ações educativas como prevê a Lei, tanto para as mulheres quanto para os homens, que desmistifique a figura feminina como única responsável dentro do planejamento familiar e que os profissionais envolvidos possam, a partir de uma análise crítica da realidade, compreender as relações históricas, sociais e culturais dos usuários e orientá-los para que haja uma escolha consciente dos métodos contraceptivos, em especial a Laqueadura Tubária.

Por fim, consideramos que as políticas públicas voltadas para a emancipação das mulheres, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, não é possível em um modelo de Estado patriarcal, racista e sexista. Desta maneira, o Estado não pode assegurar políticas públicas que irão garantir o acesso aos direitos de forma livre das amarras históricas da opressão, exploração e violência contra as mulheres.

## **4 PERSPECTIVAS FEMINISTAS CONTEMPORÂNEAS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DA MULHER: UMA ABORDAGEM SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR E O PATRIARCADO**

### **4.1 NOSSO VENTRE NOS PERTENCE: UM DEBATE SOBRE AUTONOMIA E SEXUALIDADE**

Questões que fizeram parte das reivindicações das feministas no passado ainda são muito atuais, como a luta por uma vida que seja livre de violências, por autonomia sobre o aborto e maternidade, por uma vida sexual livre e pelo rompimento dos padrões de beleza socialmente imposto. Não é difícil perceber que o patriarcado e seus desdobramentos conservadores tentam cada dia mais obter o controle sobre o corpo e a vida das mulheres. Não é atoa que uma das expressões feministas mais conhecidas é: nosso corpo nos pertence! Com isso, as feministas reivindicam que as mulheres são donas de suas próprias vidas (UTSCH, 2016).

É importante ressaltar que cotidianamente as feministas ressaltam que o corpo feminino não é definido pela natureza, mas sim é fruto de uma construção social voltados para o cuidado, para ter uma postura paciente, dedicadas, devem ter habilidades manuais, agilidade, um determinado tom de voz e é claro para a maternidade, segundo Utsch (2016).

Maioria no setor de serviços, as mulheres ocupam determinados postos de trabalho segundo sua aparência, sua raça e sua classe. As habilidades adquiridas em sua socialização, pela divisão sexual do trabalho, são aproveitadas pelas empresas sem a devida valorização (UTSCH, 2016, p. 10).

Desde modo, o corpo feminino é moldado de acordo com os princípios do que é ser mulher em cada sociedade. As mulheres de classe alta são vistas como um ser frágil, doces e educadas, enquanto mulheres pobres, negras e trabalhadoras, são vistas como uma grande força de trabalho para aguentar duras jornadas. Por isso é importante que as mulheres declarem seu corpo como sendo propriedade exclusivamente delas, lutando por sua autonomia e liberdade que dia após dia é marcada pelas relações capitalistas, patriarcais e racistas (UTSCH, 2016).

“A luta pela autonomia das mulheres envolve um processo permanente de ampliação da consciência feminista e desalienação do nosso corpo, vida e trabalho” (UTSCH, 2016, p.18) Conquistar a liberdade sobre nossos corpos e sexualidade também é uma extensão da autonomia feminina.

O corpo é uma das principais discussões do feminismo contemporâneo, expressando a liberdade individual como sujeitos de direito. Deste modo, as mulheres reivindicam o direito de comandar seus próprios corpos. “[...] esta reapropriação não se tratava somente de assegurar direitos, mas, também, de realizar uma reapropriação histórica do corpo e de seu gênero, visando sua autonomia, em uma ininterrupta luta pela liberdade” (SCAVONE, 2010, p. 49). Desta maneira, uma das principais indagações feminista era também: nosso corpo nos pertence? Essa questão, além de ser um protesto, ainda se caracterizava como um questionamento dos corpos controlados pelo patriarcalismo dentro do núcleo familiar, da vida privada.

Muito mais que uma luta pelo direito individual de dispor de seu próprio corpo, estava em jogo a manifestação das práticas de liberdade afrontando o controle social dos corpos mantidos sob o padrão de sexualidade vigente, celebrado no matrimônio ou na união consentida (SCAVONE, 2010, p. 49).

O debate feminista sobre os corpos se abria para um debate político, declarando suas diferenças, reivindicando seus direitos, sua liberdade e questionando o controle social ao qual são submetidas. A insubordinação contra os corpos medicalizados, assujeitados, as imposições religiosas e políticas do Estado patriarcal e capitalista que são fundados em uma concepção de natureza foi palco de críticas dos países do Norte nos anos de 1970 e se difundiu pelo mundo (SCAVONE, 2010).

Sob esta ótica, o corpo era considerado como um lugar de disputa de poder e dominação, que se concretizava para as mulheres na luta pela livre escolha da maternidade – liberdade para contracepção e aborto – e nos questionamentos sobre a sexualidade e sobre a violência de gênero (PARTISANS, 1970 *apud* SCAVONE, 2010, p. 49).

Diante deste cenário, o feminismo desenvolveu táticas políticas e se colocou à frente deste debate, como movimento social e teórico. Construiu-se, então, um discurso sobre o corpo com a intenção de separar a sexualidade da procriação (SCAVONE, 2010). Segundo Utsch (2016), as feministas assumiam a importância da autonomia e o direito que as mulheres possuíam de gostar de sexo e de conhecer e sentir a sua sexualidade fora dos padrões do casamento e da heteronormatividade.

Se a separação entre a sexualidade e a procriação foi possível graças aos avanços tecnológicos da medicina com o aparecimento dos métodos de contracepção, como é o caso dos contraceptivos orais, “o feminismo tratou de politizá-la, ao procurar subverter os princípios da dominação masculina que a mantinham” (SCAVONE, 2010, p. 50).

Para o feminismo tal separação era importante para desconstruir o naturalismo da reprodução com o sexo biológico, buscava assegurar a liberdade de escolha dos contraceptivos como sendo um direito para todas as mulheres. O movimento feminista questionava a ausência de tecnologia que desenvolvesse métodos contraceptivos voltados para os homens, visto que um dos objetivos era a inserção dos homens como também responsáveis da reprodução. É importante destacar que a partir da criação da pílula anticoncepcional houve uma a desresponsabilização masculina, havendo uma maior negação, por parte dos homens, do uso do preservativo (SCAVONE, 2010, p. 50).

De acordo com Scavone (2010), ao dissociar a sexualidade feminina da procriação é uma forma de enfrentamento contra a posição historicamente atribuído as mulheres na sociedade e na família. “A vivência da sexualidade livre de uma gravidez indesejada significava, também, o rompimento com o determinismo biológico da maternidade e com a reconstrução de sua historicidade” (KNIBIEHLER; FOUQUET, 1977 *apud* SCAVONE, 2010, p. 50). Desta maneira, busca-se modificar a crença de que toda mulher, por determinante da natureza, é destinadas à maternidade.

Esta ideia, reprisada por Napoleão Bonaparte – nos termos de que “a mulher nada mais é que seu útero” – e por todos aqueles que se recusavam a aceitar o lugar social das mulheres para além dos limites da maternidade, foi intensamente contestada pelo feminismo dos anos 1970. Ser mulher não significava ser necessariamente mãe, embora a maternidade fizesse parte da história da maioria das mulheres (SCAVONE, 2010, p. 50).

Apesar da separação da sexualidade e a reprodução, a responsabilização da contracepção ainda era feminina, como já foi exposto. O ano de 1960 foi marcado pela modernidade científica e médica, sendo oferecida a pílula contraceptiva e o dispositivo intrauterino (DIU)<sup>17</sup>, caracterizado como uma inovação da história da reprodução, visto que possui um caráter eficaz, seguro e reversível (SITRUK-WARE, 1987 *apud* SCAVONE, 2010, p. 50). Com as reivindicações ao direito à

---

<sup>17</sup> Pequeno objeto em formato de T inserido no útero para atuar como um contraceptivo (SEDICIAS, 2017).

contracepção livre e gratuita, em 1970 o movimento feminista montou uma estratégia que ia para além da luta pelos direitos, mas a autonomia reprodutiva do corpo feminino com o objetivo de ruptura do controle social. Nesse mesmo ano houve propagação do autoconhecimento do corpo, como publicações sobre o funcionamento do corpo, o autocuidado e o autoexame (SCAVONE, 2010).

Havia nessas ideias e ações um lado educativo: o conhecimento do corpo, do seu funcionamento, era imprescindível para que cada mulher pudesse controlá-lo melhor. Em geral, este aprendizado era passado na prática nos próprios “grupos de consciência”. Práticas que, após a derrubada das barreiras dos preconceitos, foram reabsorvidas com finalidades consumistas, por outros setores da sociedade, sobretudo, a indústria farmacêutica e a medicina, ao produzir e divulgar não só o autocuidado, mas os produtos naturais (SCAVONE, 2010, p. 51).

Lucila Scavone (2010) destaca que as feministas clamavam pela posse do ventre materno com o objetivo da autonomia da escolha da maternidade e seu momento, clamando de modo em que “nosso ventre nos pertence” além de “um filho se eu quiser, quando eu quiser”. Defendendo o poder de escolha da maternidade, da sexualidade e domínio dos seus corpos.

Afirmavam-se como sujeitos de sexualidade, de desejos, de diferenças, de direitos, de liberdade, já que o poder da maternidade lhes foi conferido biológica e historicamente. Portanto, pretendiam romper com qualquer discurso impositivo sobre seus corpos, em busca da autonomia reprodutiva, ao reivindicarem a contracepção livre e gratuita, na França; ou, ao questionarem a imposição da forma que a contracepção lhes foi imposta pelas políticas demográficas, no Brasil (SCAVONE; BRETIN, 1994 *apud* SCAVONE, 2010, p. 51-2).

A partir de 1980, houve avanços na área da contracepção nos países desenvolvidos, possibilitando pílulas contraceptivas com uma menor taxa hormonal, diminuindo os efeitos colaterais para a saúde feminina, porém esse avanço não chegou na maioria das mulheres do terceiro mundo (SCAVONE, 2010). Isis Utsch (2016) chama atenção que as meninas, ao chegarem na idade reprodutiva, já são aconselhadas a utilizar a pílula anticoncepcional, pois é propagado que além da proteção contra gravidez indesejada ainda é útil para a pele, para aliviar as dores de cólicas nos períodos menstruais e regular o humor. Contudo, não se fala sobre os riscos que esse tipo de medicação pode levar, como a diminuição do libido, doenças como trombose e até mesmo a morte.

Outro aspecto trazido por Scavone (2010), é que as mulheres dos países subdesenvolvidos passaram a utilizar em grande escala métodos pesados e definitivos, como foi o caso das altas taxas de laqueadura realizada no Brasil

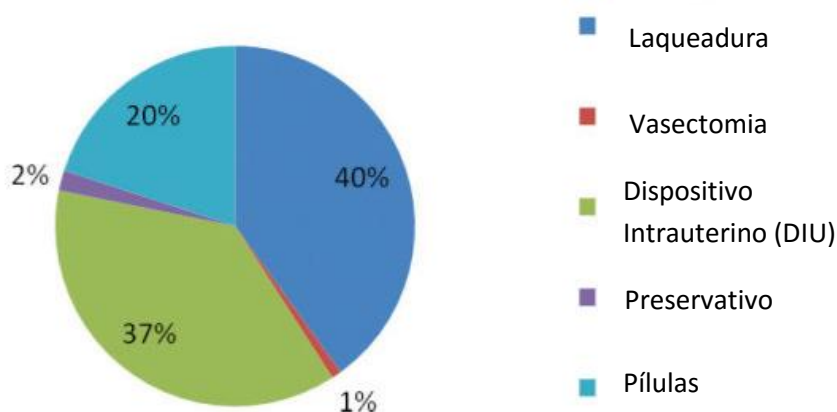


durante décadas. Essa prática de esterilização feminina ao avulso foi fortemente criticada pelas feministas.

Portanto, foi proposta sua regulamentação pela lei de Planejamento Familiar (n.9.263/janeiro 1996) com a finalidade de coibir os abusos e criar uma oferta ampla e diferenciada de métodos contraceptivos e garantir maior participação masculina na contracepção. Questões que, tratadas como urgências sociais, demandam intervenções rápidas; portanto, parte considerável das feministas brasileiras apoiou esta lei e sua implantação (SCAVONE, 2010, p. 53).

Vale salientar que, mesmo com a regulamentação da esterilização feminina e masculina voluntária não houve uma participação significativa dos homens nesse processo. Nota-se que ainda é de responsabilidade feminina a contracepção, principalmente quando a maioria dos contraceptivos são direcionados as mulheres. Dados obtidos da Resolução Nº 1901 do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicados em 2009 mostram as porcentagens dos métodos utilizados pela população brasileira. Nota-se que os poucos métodos utilizados pelos homens são os que possuem a menor porcentagem.

**Gráfico 1 - Métodos Anticoncepcionais - Brasil**



**Fonte:** Resolução CFM Nº 1901/2009

Um dos focos de mobilização feministas sobre o corpo é a questão do aborto. No final da década de 1960 e início dos anos de 1970 a luta pela legalização do aborto começou nos países desenvolvidos e se propagou aos países subdesenvolvidos, onde essa prática é proibida como destaca Scavone (2010).

Opor-se frontalmente à realização da maternidade diante da gravidez indesejada e propor a regulamentação de uma prática antiga – que sempre

fez parte da história das mulheres – estigmatizada social, moral e politicamente, constituiu-se um desafio que necessitou uma intensa mobilização das feministas (SCAVONE, 2010, p. 53).

Deste modo, a legalização do aborto permanece como uma das principais pautas do movimento feminista. A partir dos anos de 1980 essa temática passou a ser inserida dentro da discursão sobre direitos reprodutivos e posteriormente, direitos sexuais, e reprodutivos vindo a separar a sexualidade da reprodução, além de ser tratada em uma perspectiva de direito. No Brasil não houve grandes avanços sobre a legalização do aborto. “No final dos anos 1980, garantiu o início do atendimento aos casos previstos por lei – estupro e risco de vida à gestante – em serviços públicos de saúde; entretanto, a expansão desses serviços é recente” (SCAVONE, 2010, p. 54). Apesar de fortes mobilizações dos setores progressistas da sociedade entorno desta temática, o encaminhamento da pauta sobre o aborto como direito não obteve nenhuma modificação (SCAVONE, 2010).

Os dados sobre a relevância do aborto provocado no Brasil têm de ser considerados sob a ótica restritiva da lei brasileira, na qual o aborto estimulado é crime e as mulheres são penalizadas diante dessa prática.

Até o momento, as estimativas de aborto para todo o Brasil baseiam-se em técnicas indiretas. Um estudo baseado em internações associadas ao aborto em serviços públicos de saúde, por exemplo, calcula que houve 2,07 abortos para cada 100 mulheres entre 15 e 49 anos em 2005. Todavia, estimativas desse tipo dependem de um parâmetro – a razão de internações por aborto – que neste caso foi estabelecido assumindo-se que 20% dos abortos resultaram em internação registrada pelo Sistema de Internações Hospitalares do SUS. As técnicas diretas de estimação não dependem desse multiplicador e podem, na verdade, contribuir para determiná-lo mais corretamente. [...] No grupo das mulheres que concluíram sua vida reprodutiva (45 a 49 anos), a estimativa é de que 12% delas induziram o aborto ao longo da vida (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 960).

Diniz e Medeiros (2010) fizeram um levantamento de dados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) do ano de 2010 sobre o tema do aborto em áreas urbanas do Brasil. Deste modo, foi possível notar que 15% das mulheres entrevistadas relatam que já praticaram o aborto alguma vez na vida, como mostra a Tabela 1. É importante ressaltar que

Os resultados não se referem a números e proporções de abortos, mas sim a mulheres que fizeram aborto. Essas unidades de mensuração não são as mesmas, porque uma mulher pode abortar mais de uma vez ao longo da vida. O número de abortos é, seguramente, superior ao número de mulheres que fizeram aborto, mas os dados desta pesquisa não permitem estimar quanto. Além disso, o número total de abortos no país será maior do que o indicado neste estudo se as áreas rurais e a população analfabeta forem também contabilizadas (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 962).

Fica evidente com essa pesquisa que a proporção de mulheres que fizeram aborto cresce com a idade. “Essa proporção varia de 6% para mulheres com idades entre 18 e 19 anos a 22% entre mulheres de 35 a 39 anos” (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 962). Esses dados mostram que o aborto é um acontecimento comum na vida reprodutiva das mulheres, ou seja, mais de um quinto das mulheres no Brasil urbano no final da sua vida reprodutiva já praticaram o aborto. Além disso, a PNA indagou a idade das participantes e a idade que foi realizado o último aborto.

As evidências do inquérito indicam que o aborto não é feito apenas para retardar o início da vida reprodutiva ou evitar filhos em idades avançadas. Na verdade, cerca de 60% das mulheres fizeram seu último (ou único) aborto no centro do período reprodutivo, isto é, entre 18 e 29 anos, sendo o pico da incidência entre 20 e 24 anos (24% nesta faixa etária apenas). Vale notar ainda que 15% das mulheres não sabem ou não responderam a idade com que realizaram o último aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 963).

Foi observado que é mais frequente ocorrer abortos entre mulheres com baixa escolaridade. Entre as mulheres que fizeram o aborto até o quarto ano do ensino fundamental a porcentagem é de 23%, enquanto as mulheres que concluíram o ensino médio a porcentagem é de 12%. A ocorrência do aborto entre as mulheres de diferentes religiões é quase igual. “Pouco menos de dois terços das mulheres que fizeram aborto são católicas, um quarto, protestantes ou evangélicas, e menos de um vigésimo, de outras religiões. Cerca de um décimo não respondeu ou não possui religião” (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 963).

Como se observa na Tabela 2, metade das mulheres que fizeram o aborto utilizou algum tipo de medicamento para impulsionar a prática. “Os abortos ilegais realizados com medicamentos tendem a ser mais seguros que os que utilizam outros meios, em particular quando o medicamento usado é o misoprostol, popularizado no Brasil na década de noventa” (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 963).

Segundo as autoras, a PNA não apontou quais os medicamentos utilizados pelas mulheres, mas é possível que o misoprostol ocupe uma boa posição. Contudo, a outra metade das mulheres não faz uso de medicamentos para abortar “[...] nos casos de indução, é possível que essas mulheres estejam abortando sob condições de saúde precárias, uma vez que grande parte delas tem baixo nível educacional” (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 964).

**Tabela 1** - Realização de aborto segundo características sociais mulheres de 18 a 39 anos, Brasil urbano, 2010.

<b>Você já fez aborto alguma vez?</b>	<b>Nº</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>C(95%), pp *</b>
<b>Todas as mulheres</b>	2.002	296	15%	2
<b>Idade</b>				
18 e 19	191	11	6%	1
20 a 24	483	36	7%	1
25 a 29	488	84	17%	2
30 a 34	458	79	17%	2
35 a 39	388	86	22%	2
<b>Escolaridade</b>				
Até a 4ª série do fundamental	191	44	23%	2
5ª a 8ª série do fundamental	429	80	19%	2
Ensino médio	974	115	12%	1
Ensino superior	408	57	14%	2
<b>Religião</b>				
Católica	1.168	175	15%	2
Evangélica ou Protestante	551	72	13%	1
Outras religiões	81	13	16%	2
Não tem religião/ não respondeu	202	36	18%	2

**Fonte:** Diniz e Medeiros, 2010, p. 964.

\* Intervalo de confiança C a 95%, em pontos percentuais (pp.).

**Tabela 2** - Características de mulheres que fizeram aborto mulheres de 18 a 39 anos, Brasil urbano, 2010.

	Nº	%	C(95%), pp *
<b>Total</b>	296	100%	
<b>Idade no último aborto</b>			
12 a 15 anos	13	4%	2
16 e 17 anos	37	13%	4
18 e 19 anos	46	16%	4
20 a 24 anos	77	26%	5
25 a 29 anos	55	19%	4
30 a 34 anos	21	7%	3
35 e 36 anos	4	1%	1
Não sabe/não respondeu	43	15%	4
<b>Usou remédio para abortar</b>			
Sim	141	48%	6
<b>Ficou internada por causa do aborto</b>			
Sim	164	55%	6

**Fonte:** Diniz e Meeiros, 2010, p. 963.

\* Intervalo de confiança C a 95%, em pontos percentuais (pp.).

Isto posto, nota-se que o grau de internações pós-aborto possui elevados níveis, posicionando o aborto como um grave problema de saúde pública no Brasil. “Cerca de metade das mulheres que fizeram aborto recorreram ao sistema de saúde e foram internadas por complicações relacionadas ao aborto, o que corresponde a 8% das mulheres entrevistadas” (DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 964). Grande parte dessas internações poderia ter sido evitada se o aborto não fosse considerado um crime, e assim essas mulheres não precisariam fazer tal prática clandestinamente (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Outro motivo da prática do aborto é a violência sexual, porém vamos dar destaque no estupro dentro do casamento<sup>18</sup>. A violência cometida contra as mulheres não é um acontecimento recente, por isso é tão banalizado. A cultura patriarcal construiu socialmente que o ser feminino é naturalmente um ser frágil, com pouca força física, que possui uma menor capacidade racional e por ser biologicamente domesticável tem uma predisposição de ser dominada, precisando de alguém para protegê-la e orientá-la. Desta maneira, para a ideologia patriarcal e capitalista os homens são racionais, fortes e dominadores, por isso cabe a ele decidir o que é melhor para a mulher e para a família.

Graças a esse contrato social<sup>19</sup>, o homem passa a controlar as mulheres, inclusive a sua sexualidade, estabelecendo um acesso livre ao corpo feminino. O estupro dentro do casamento não era considerado crime, pois cabia a mulher, como esposa, o dever de satisfazer sexualmente seus maridos, mesmo contra sua vontade. Caso a mulher viesse engravidar não poderia cometer o aborto, visto que o ato sexual forçado no casamento não era considerado crime (CUNHA, 2014).

O Código Civil de 1916 dispunha que ao homem cabia o exercício do pátrio poder e que à mulher, ao tornar-se esposa, ficavam restritos diversos direitos civis, que dependiam da autorização do marido para serem por ela exercidos. A ausência, no Código Penal Brasileiro, da tipificação de estupro no interior do casamento e, por outro lado, a permanência da criminalização da mulher que comete aborto, são exemplificadores da faceta sexual deste pacto, que também controla os direitos reprodutivos da mulher (CUNHA, 2014, p. 153).

O que se observava é que “[...] o Código Criminal de 1830 era profundamente influenciado por princípios religiosos e pela cultura patriarcal, ao mesmo tempo em que reforçava a importância da família e da honra feminina para a sociedade

---

<sup>18</sup> Ver página 24.

<sup>19</sup> Ver páginas 22 e 23.

brasileira” (CAMINOTI, 2015, p. 47). Segundo Caminoti (2015), em casos de ocorrências de crimes de cunho sexual dentro do matrimônio não havia por parte da lei uma proteção para as vítimas, mas sim um incentivo da preservação do casamento. Foi apenas em 1988 com a Constituição Federal que o Brasil reconheceu como direito a igualdade entre homens e mulheres, inclusive no âmbito conjugal (CUNHA, 2014).

O aborto praticado por vítimas de estupro é chamado de aborto sentimental, sendo permitido por lei. A mulher vítima de tal violência não precisa gerar e criar um filho indesejado, pois toda vez que for olhar para a criança vai lembrar-se de como foi gerado, no caso, de uma violência sexual. Sendo assim, a lei possibilita o aborto da gravidez oriunda de um estupro, independentemente de quem foi o autor da violência. “Não importa se foi terceiro, se foi o marido, não importa quem estuprou, se a mulher quer, o médico poderá realizar este abortamento” (MOTTA, 2009, p. 72-3).

Ainda há um debate entre os que acreditam que existe o estupro sexual cometido pelo marido, sendo o aborto permitido por lei, no entanto outra parcela da doutrina acredita ser impossível este crime ser praticado pelo marido, não havendo a possibilidade de aborto. Contudo, já foi comprovado e assegurado perante a lei que é possível sim o marido praticar o crime de estupro contra a própria esposa, e se houver uma gestação fruto da violência é possível o abortamento amparado por lei (MOTTA, 2009).

Por tanto, partindo dessas afirmações que hoje predomina, não há dúvidas de que se ocorreu o estupro, mesmo que sendo constância do casamento, manifesta a esposa o desejo de interromper a gestação, está ela amparada pelo artigo 128, II do Código Penal (MOTTA, 2009, p. 75).

Assim sendo, a violência cometida pelos homens contra a figura feminina fundado na perspectiva da inferioridade e fragilidade das mulheres não é um fato natural, mas sim fruto da sociedade burguesa, que estabelece uma relação de dominação e exploração envolvendo as dimensões da raça, sexo e classe. Os homens agressores tendem a manifestar sua virilidade e masculinidade através do sexo. Desenvolvendo um sentimento de posse sobre o corpo de suas esposas, além de acreditarem que as mulheres têm obrigações sexuais pelo fato de estarem unidos matrimonialmente.

Os direitos conquistados pelas mulheres foram frutos de uma longa jornada de luta, fazendo-as sujeitos de direito. Foi essa luta por igualdade e autonomia sexual que o aborto derivado de uma violência sexual no qual o companheiro é sujeito ativo da violência permite que a gestante tenha o direito, de acordo com o artigo 128, II do Código Penal, de fazer a interrupção da gravidez legalmente (BRASIL,1940).

#### 4.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Após reivindicações, principalmente do movimento feminista, em 1994 no Cairo foi estabelecido através do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento o conceito de saúde reprodutiva, acarretando em que todas as pessoas possam ter uma vida sexual boa e segura, além de decidir quando, se querem e com qual frequência querem ter filhos. Pra que isso seja possível é importante ter acesso aos métodos contraceptivos de sua escolha, informações e serviços de saúde adequados, como é o caso do planejamento familiar.

O estudo sobre o planejamento familiar envolve um tema de grande discussão que abrange várias áreas, como a política, a econômica e a psicossocial. O Programa de Saúde da Família (PSF) tem por foco, como um de seus programas na área da saúde, o planejamento familiar. A partir da implementação do planejamento familiar houve uma redução das taxas de fecundidade no Brasil. Segundo Santos e Freitas (2011) a taxa de fecundidade no Brasil em 2006 foi reduzida para dois filhos por mulheres, porém se formos comparar as regiões, classe social e grau de escolaridade, as mães pobres têm o dobro de filhos do que as mães de classe média ou alta, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Deste modo, o IBGE apresentou uma queda da fecundidade maior nas regiões Sul e Sudeste e menor no Nordeste e no Centro-Oeste do Brasil (SANTOS; FREITAS, 2011).

O planejamento familiar foi delineado para o controle do número de filhos estabelecidos pelos indivíduos, mas quais são os critérios utilizados pelos usuários



para definir o número de filhos? Para Santos e Freitas (2011), as famílias classificam a renda familiar mensal como principal parâmetro para o número de filhos.

A adequação do número de filhos à renda familiar representa a viabilidade dos recursos básicos para o desenvolvimento de seus membros. No entanto, o programa de planejamento familiar não oferece orientações para que as famílias analisem a sustentabilidade (SANTOS; FREITAS, 2011, p. 1815).

O planejamento familiar pode ser estabelecido como um aparelho importante na prevenção primária de saúde, além de ser um auxílio para os usuários por meio das informações necessárias para a escolha e uso dos métodos que melhor se adequa para cada pessoa (SANTOS; FREITAS, 2011). Por isso é muito importante no planejamento familiar o caráter educativo, para que os usuários possam conhecer toda a oferta de métodos contraceptivos e fazer sua escolha livre e consciente. Deste modo, segundo Moreira (2011), esses são os métodos de controle de natalidade, sejam eles reversíveis ou irreversíveis.

#### Métodos não definitivos

##### **Tabelinha**

\* Método natural que consiste em evitar relações sexuais durante o período fértil, isto é, o período do mês em que ocorre a ovulação [...]

##### **Método da ovulação ou muco cervical (método Billings)**

\* Observar a variação do muco vaginal conforme o período fértil. Cerca de 2 a 3 dias após a menstruação, não se verifica a presença de muco [...]

##### **Temperatura (Método de Ogino-Knauss)**

\* [...] medir a temperatura e evitar ter relação com penetração quatro dias antes e quatro dias após o dia em que a temperatura sobe [...]

##### **Coito interrompido**

\* Praticado quando o homem retira o pênis da vagina antes da ejaculação [...]

##### **Camisinha, condom ou preservativo**

\* Capa de borracha fina usada pelo homem, que impede o sêmen de entrar no útero feminino [...]

##### **Preservativo ou camisinha feminina**

\* Bolsa, com forma de tubo, fina e resistente, que é colocada dentro da vagina, com finalidade contraceptiva [...]

##### **Espermicida**

\* Geleias, cremes, comprimidos ou óvulos que, quando aplicados na vagina, destroem os espermatozoides e evitam a gravidez [...]

##### **Diafragma**

\* Pequeno disco de borracha que se coloca dentro da vagina, e funciona como barreira, impedindo a entrada dos espermatozoides [...]

##### **DIU (dispositivo intrauterino)**

\* Aparelho que, colocado dentro do útero, impede a ocorrência da gravidez. É um pequeno objeto de plástico sobre o qual, muitas vezes, é enrolado um fio de cobre muito fino, e que se apresenta em diversos formatos [...]

##### **Pílula anticoncepcional**

\* Comprimido composto de hormônios em várias misturas de estrógenos e progesterona, que impossibilita a liberação do óvulo pelo ovário, e assim, impede a fecundação [...]

##### **Anticoncepcional injetável**

\* Consiste no uso mensal ou trimestral de hormônio em forma de injeção [...]

**Implante subcutâneo: Norplant**

\* Implantes subcutâneos de tubinhos ou cápsulas de plástico especial (silástico), contendo hormônio anticoncepcional. O implante, feito na parte interna do braço ou antebraço, vai liberando o hormônio lentamente [...]

**Anticoncepcional de emergência**

\* Esse método deve ser usado em uma situação inesperada. É indicado para a mulher que manteve uma relação sexual não planejada, sem uso de anticoncepcional e em casos de estupro. É também indicado em situações de rompimento de camisinha ou quando o diafragma é removido antes de seis horas após uma relação sexual, ou após esquecimento de uma ou mais pílulas anticoncepcionais no início ou no fim da cartela [...] (MOREIRA, 2011, p. 126-34).

**Métodos definitivos:****Ligação de trompas (laqueadura)**

\* É um método cirúrgico em que as trompas de Falópio são amarradas e seccionadas, impedindo que os óvulos alcancem o útero e sejam fecundados pelos espermatozoides [...]

**Vasectomia**

\* É um método contraceptivo masculino que consiste em uma operação que secciona o canal deferente (tubo que conduz o espermatozoide para a uretra) [...] (MOREIRA, 2011, p. 135-6).

O planejamento familiar, tal como um mecanismo que determina o número da prole, faz-se necessário que, em muitos casos, as mulheres e seus companheiros participem das reuniões de orientação sobre o planejamento familiar. Porém, é comum que as mulheres da zona rural e da zona urbana não vão assistir todas as reuniões, além disso, é muito comum que as mulheres participem sozinhas, sem seus companheiros. Isso reafirma a centralização do planejamento familiar na figura feminina (SANTOS; FREITAS, 2011).

Santos e Freitas (2011) ressaltam os estudos feitos por Osis *et al* (1994) que verificou que a participação masculina nas atividades do planejamento familiar é bastante reduzida, “[...] nas atividades de planejamento familiar revelou envolvimento bastante reduzido dos homens e a inexistência de programas para saúde sexual e reprodutiva masculina em todas as capitais” (OSIS *et al*, 1994 *apud* SANTOS; FREITAS, 2011, p. 1815).

Essa situação ainda não se modificou como mostram os dados obtidos pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006. O Ministério da Saúde juntamente com o PNDS realizou uma coleta de informações sobre a desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil, no qual foi feito uma análise comparativa com base nas pesquisas de 1996 e 2006. Estes dados foram conseguidos através de entrevistas domiciliares com mulheres em idade reprodutiva, entre 15 a 44 anos de idade. Essas mulheres,

como critério da entrevista, deveriam ser casadas ou viver em união com alguém. No total no ano de 1996 foram entrevistadas 6.613 mulheres, enquanto no ano de 2006 foram entrevistadas 8.707 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Na Tabela 3 aponta a disposição das mulheres unidas de acordo com suas escolhas contraceptivas, incluindo o não uso de nenhum método, por classe econômica.

**Tabela 3** - Distribuição relativa das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso de métodos contraceptivos e tipo de método, por classe econômica no Brasil em 1996 e 2006.

<b>Ano / Método</b>	<b>Baixa (E)</b>	<b>Média-baixa (D)</b>	<b>Média (C)</b>	<b>Alta e Média alta (A e B)</b>	<b>Total</b>
<b>1996</b>					
<b>Não usa</b>	35,1	22,8	16,4	13,7	22,1
<b>Esterilização Feminina</b>	36,5	39,9	37,6	40,4	38,5
<b>Esterilização Masculina</b>	0,6	1,0	3,7	8,5	2,8
<b>Pílula</b>	18,5	24,8	26,5	18,2	23,1
<b>Condom</b>	1,6	4,3	5,5	7,8	4,6
<b>Outros métodos</b>	1,8	2,4	4,0	3,6	3,0
<b>Abstinência periódica</b>	2,0	2,3	2,8	6,1	2,9
<b>Coito interrompido</b>	4,0	2,6	3,5	1,6	3,0
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>2006</b>					
<b>Não usa</b>	26,3	21,3	16,8	15,0	18,4
<b>Esterilização Feminina</b>	32,3	29,7	25,1	20,2	25,9
<b>Esterilização Masculina</b>	1,0	1,8	4,2	13,3	5,1
<b>Pílula</b>	24,1	26,3	30,2	23,9	27,4
<b>Condom</b>	10,3	11,7	12,8	16,4	13,0
<b>Outros métodos<sup>1</sup></b>	3,6	6,1	7,7	7,7	7,0
<b>Abstinência periódica</b>	0,5	1,5	0,9	1,0	1,0
<b>Coito interrompido</b>	1,9	1,7	2,2	2,5	2,1
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Fonte:** MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009, p. 92).

\* Inclui todos os outros métodos: DIU, diafragma, injeções e outros.

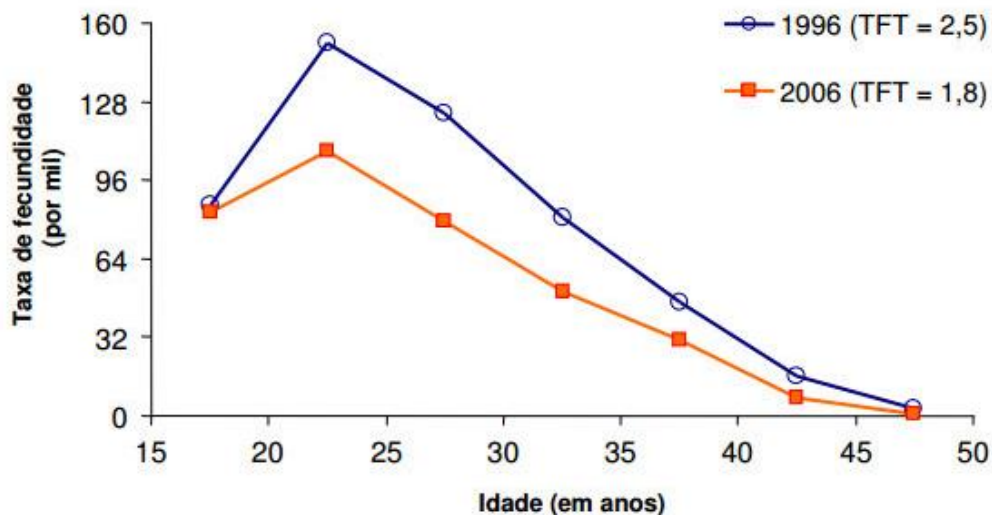
Segundo o PNDS (2006), foi constatado com a Tabela 3 que os percentuais das mulheres que não utilizam nenhum método são maiores nas mulheres com a baixa renda se for comparar com as mulheres de renda alta. Além disso, pode-se notar a diminuição da esterilização feminina e o aumento da esterilização masculina em 2006 comparada com 1996. Contudo, ainda é notória a desigualdade que prevalece nas taxas entre as esterilizações, em que as mulheres ocupam o topo. Foi percebido também que

A queda de sua prevalência [esterilização] foi muito maior nas classes mais altas. Assim, diferentemente de 1996, passa a apresentar uma relação fortemente negativa com a renda, um primeiro indicativo de que a cirurgia da laqueadura estaria mais amplamente disponível e de que as mulheres mais bem posicionadas estariam privilegiando o uso de outros métodos. Neste sentido, em 2006, o percentual de uso da pílula entre mulheres das classes econômicas mais altas suplantou o da laqueadura. Também entre essas mulheres, a participação masculina, seja por realização da vasectomia seja por uso do preservativo masculino, foi de quase 30%. Por outro lado, na classe econômica mais baixa, a prevalência de métodos usados pelos parceiros foi pouco maior que 10% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 92).

Além disso, foi o PNDS que pesquisou a taxa de fecundidade e aspectos reprodutivos, planejamento da fecundidade e a anticoncepção com representação nacional englobando a área urbana e rural entre 1996 e 2006. Os resultados mais recentes, de 2006, fornecem uma contribuição para uma avaliação dos avanços em relação à saúde da mulher. Foram entrevistadas mulheres de 15 a 49 anos de idade, em 14.617 domicílios e 15.575 mulheres entrevistadas em cinco macrorregiões brasileiras.

➤ **Fecundidade e aspectos reprodutivos**

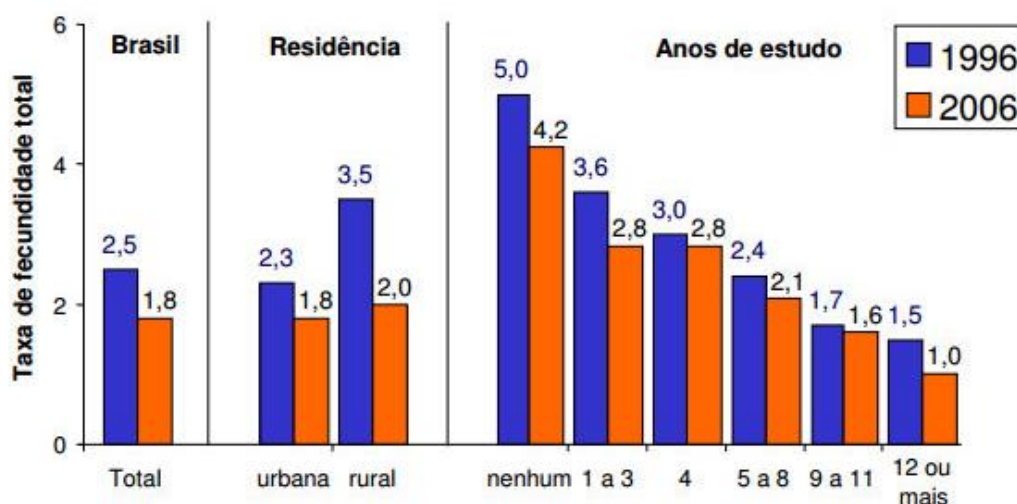
**Gráfico 2** - Taxas de fecundidade por idade e taxa de fecundidade total (TFT).  
PNDS 1996 e 2006.



**Fonte:** MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 7.

Com o Gráfico 2 foi possível notar que houve uma diminuição da taxa de fecundidade por idade entre 1996 a 2006, a maior taxa de fecundidade observada foi entre 20 a 25 anos que chegou a quase 160 mil no ano de 1996, enquanto em 2006 não chegou a nem a 120 mil. A taxa de fecundidade total que em 1996 era de 2,5 passou para 1,8 em 2006.

**Gráfico 3-** Taxas de fecundidade total, segundo características sociodemográficas. PNDS 1996 e 2006

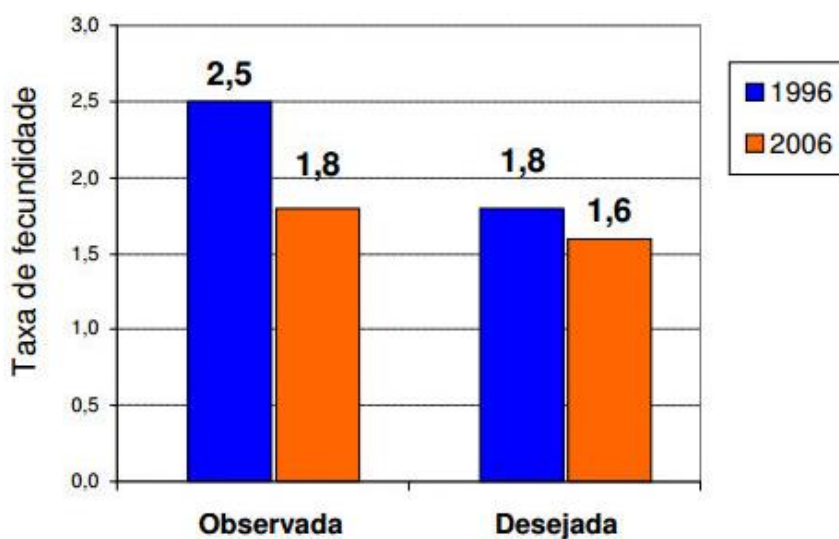


Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 8.

Observa-se que a taxa de fecundidade do Brasil diminuiu entre 1996 e 2006, porém a taxa na área urbana continua menor que na área rural e quanto maior os anos de estudos das mulheres, menor é a fecundidade, como mostra o Gráfico 3.

#### ➤ Planejamento da fecundidade

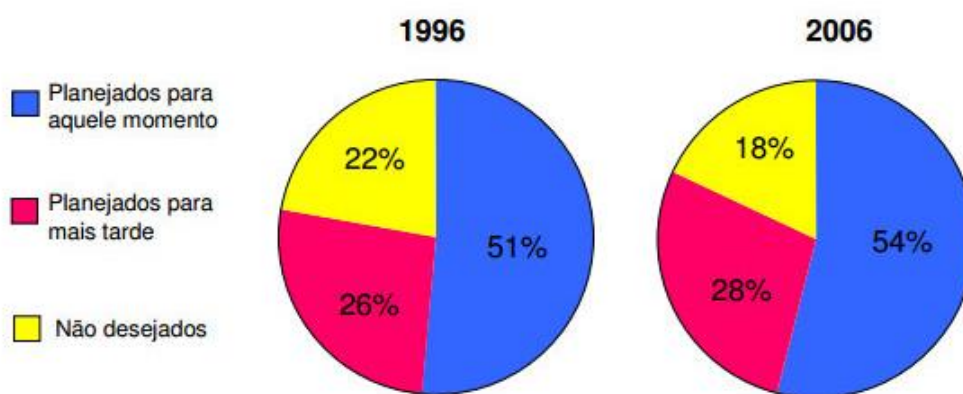
**Gráfico 4 -** Taxa de fecundidade total observada e desejada. PNDS 1996 e 2006



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 10.

Verifica-se no Gráfico 4 que em 1996 a taxa de fecundidade constatada foi 2,5 e que em 2006 foi 1,8 enquanto a taxa desejada em 1996 foi de 1,8 e em 2006 baixou para 1,6. Apesar da taxa observada ter diminuído entre 1996 a 2006 ainda nota-se que a taxa desejada é menor que a observada.

**Gráfico 5-** Porcentagem de nascimento ocorridos nos 5 anos anteriores à pesquisa, segundo o planejamento. PNDS 1996 e 2006



**Fonte:** MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 11.

No Gráfico 5, percebe-se que houve um aumento de 3% entre 1996 a 2006 do número de filhos planejados para aquele momento. Porém, houve um aumento de 2% de filhos planejados, mas não para aquele momento entre 1996 e 2006 e no mesmo período houve uma diminuição de 4% de filhos que não foram desejados. Constata-se que ocorreu diminuição dos filhos não desejados e/ou não planejados passando de 48% para 46%.

### ➤ Anticoncepção



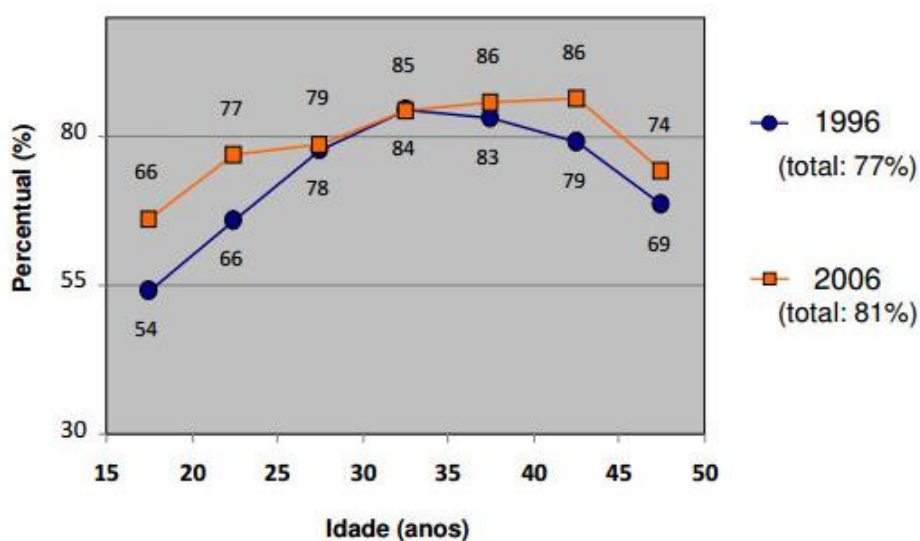
**Tabela 4-** Porcentagem de uso atual de métodos anticoncepcionais. PNDS 1996 e 2006

Uso atual	Todas as mulheres	Mulheres unidas	Sexualmente ativas Não unidas*
<b>1996</b>	55%	77%	55%
<b>2006</b>	68%	81%	75%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.12.

Verifica-se no Gráfico 4 que em 1996 a taxa de fecundidade constatada foi 2,5 e que em 2006 foi 1,8 enquanto a taxa desejada em 1996 foi de 1,8 e em 2006 baixou para 1,6.

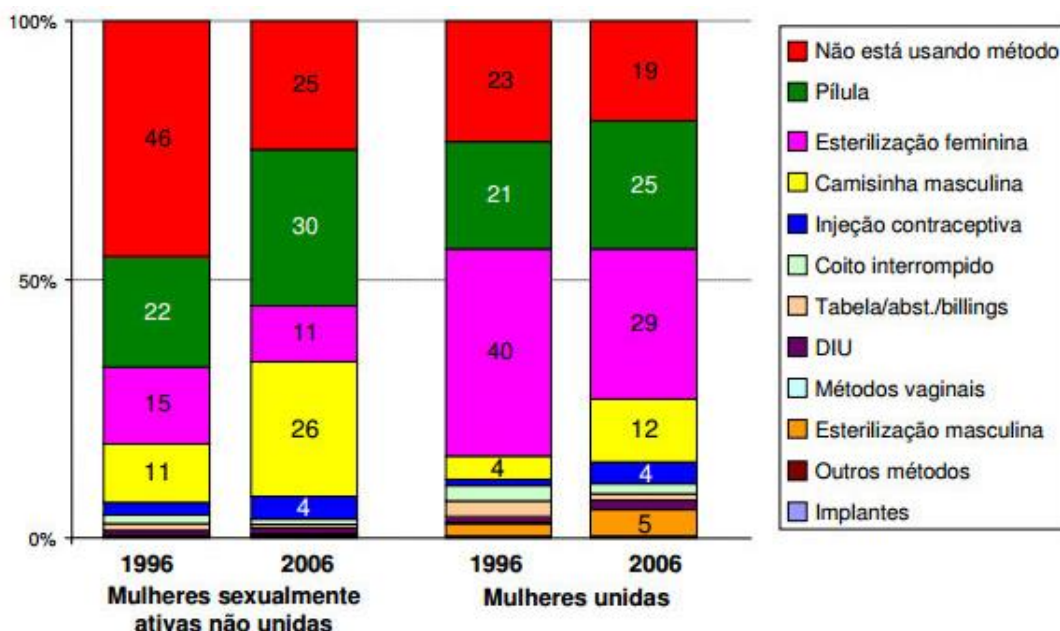
**Gráfico 6-** Porcentagem de mulheres atualmente unidas que usam métodos anticoncepcionais, segundo idade. PNDS 1996 e 2006.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.14.

Como Gráfico 6 podemos observar que cresceu a porcentagem entre 1996 a 2006 da utilização de métodos anticoncepcionais entre as mulheres unidas, além do crescimento da porcentagem em 2006, houve uma maior utilização de métodos entre mulheres com idade entre 15 a 25 anos e mulheres com a idade superior aos 40 anos.

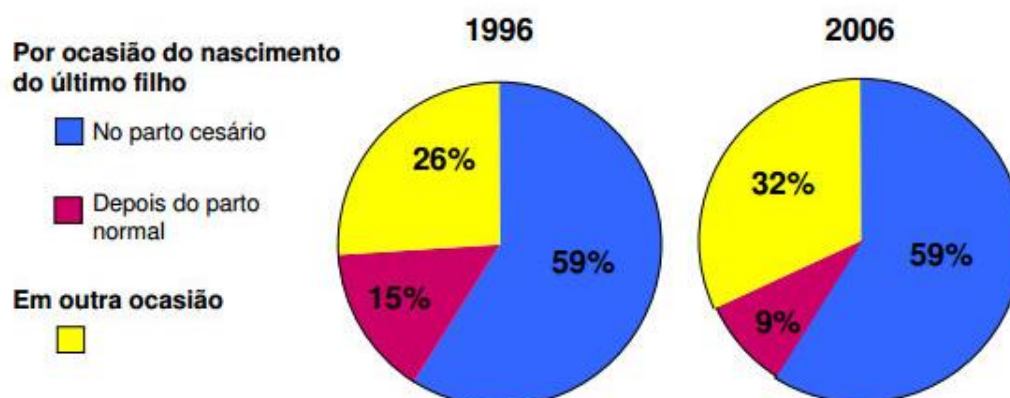
**Gráfico 7-** Percentagem de mulheres atualmente unidas e mulheres sexualmente ativas não unidas usando algum método, segundo o tipo de método usado. PNDS 1996 e 2006



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.16.

No Gráfico 7 foi observado no período entre 1996 a 2006 que no que tange as mulheres sexualmente ativas e não unidas houve uma diminuição de 21% no que se refere ao não uso de nenhum método contraceptivo, o uso da pílula aumentou 8%. Em relação a utilização da camisinha masculina cresceu 15%, esterilização feminina diminuiu 4%. Entre as mulheres unidas no mesmo período houve uma diminuição de 4% entre as mulheres que não faziam uso de nenhum método, a utilização da pílula aumentou 4%, houve uma baixa na porcentagem de esterilização feminina de 11% e um crescimento do uso da camisinha masculina de 8%. Cresceu também a taxa de esterilização masculina que passou a ser 5% em 2006. Contudo, a predominância do sexo feminino no controle da natalidade ainda é superior do que a participação masculina.

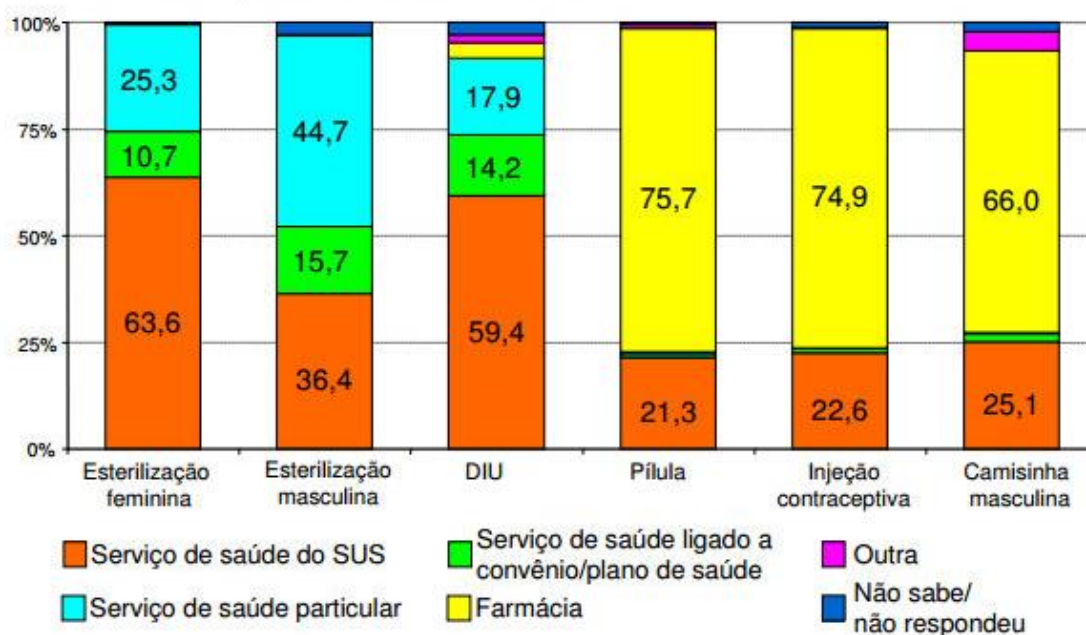
**Gráfico 8-** Percentagem de mulheres esterilizadas segundo o momento da realização da cirurgia. PNDS 1996 e 2006.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, 17.

No que diz respeito à esterilização feminina, como mostra o Gráfico 8, a maior percentagem tanto em 1996 quanto em 2006 foi na hora do parto, houve uma diminuição de 6% de esterilização feminina depois do parto e uma amento de 6% da realização do procedimento em outras ocasiões.

**Gráfico 9-** Percentagem de mulheres que atualmente usam métodos modernos, segundo a mais recente fonte de obtenção, por método específico. PNDS 2006.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.18.

De acordo com o Gráfico 9, constatou-se que a grande parte das esterilizações femininas ocorreu pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vindo em seguida pelos

serviços de saúde particular e serviços ligados a convênios/plano de saúde. Enquanto a esterilização masculina predominou em serviços de saúde particulares, vindo em seguida pelo SUS. No que se refere ao DIU, a maior porcentagem foi realizado pelo SUS. A pílula, a injeção contraceptiva e a camisinha masculina são majoritariamente obtidos pelas farmácias, vindo em seguida o SUS.

Por fim, a separação da sexualidade da reprodução foi viabilizada, em grande parte, graça aos avanços tecnológicos da medicina, porém ainda é um desafio a participação masculina dentro desse processo. Por mais que tenhamos avançado no campo sexual e reprodutivo ainda cabem às mulheres o papel, definidos historicamente e socialmente, da contracepção. Foi constatado que a participação masculina no planejamento familiar é muito reduzida.

A partir da análise dos dados, foi possível perceber de modo geral que houve uma redução da taxa de fecundidade no Brasil, porém se formos observar a partir da relação de classe, raça e escolaridade, nota-se que a população negra e de classe social baixa ainda possui uma maior dificuldade em ter acesso às informações e aos serviços do planejamento familiar, assim como as mulheres da zona rural, refletindo em uma maior proporção de número de filhos indesejados, o não uso de métodos contraceptivos e de abortos provocados clandestinamente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desse trabalho foi analisar a responsabilização social da mulher no que se refere ao planejamento familiar e compreender quais as determinações históricas, teóricas e políticas da sociedade patriarcal e capitalista no controle do corpo e da sexualidade das mulheres. Neste sentido, foi realizada uma exposição de elementos fundamentais para a discussão.

Foi graças ao trabalho que se tornou possível a acumulação de riquezas e a exploração do homem pelo homem, surgindo assim, a sociedade de classes e a família nuclear burguesa. O maior sinônimo de riqueza passou a ser a propriedade privada e essa deveria ser passada como forma de herança para filhos legítimos, estabelecendo a monogamia feminina. Deste modo, com a família burguesa, a sexualidade da mulher foi reprimida e sua vida passou a ser restringir ao espaço privado, dentro do lar. A vida dentro da atual forma de família reduziu a autonomia feminina, na qual ela deveria ser submissa ao homem.

A hierarquia masculina do patriarcado tem por finalidade o controle da figura e do corpo feminino. Com o patriarcado as mulheres se tornaram desvalorizadas e sujeitas à submissão não só dentro do espaço doméstico, mas também fora dele. São destinadas as mulheres as atividades de maior precarização, exploração e menor remuneração, sendo a principal característica da divisão sexual do trabalho. Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho foi necessário à conciliação da vida profissional com a familiar, se tornando cada vez mais exploradas, vivendo uma dupla jornada de trabalho.

Diante dessa situação de exploração, opressão e violência que as mulheres passam cotidianamente na sociedade burguesa é importante discutir sobre a emancipação feminina. Emancipação essa que não será possível dentro da ordem patriarcal, contudo a luta diária pela emancipação da mulher e da sociedade é uma condição histórica para o movimento feminista. Um grande exemplo foram os direitos conquistados por elas a partir da auto-organização das trabalhadoras na Revolução Russa. A revolução social pode levar a emancipação humana, porém é importante saber que a luta feminina não deve ser apenas de interesse das mulheres, mas sim

de toda a humanidade, pois a emancipação humana só será possível se houver a emancipação feminina.

O primeiro passo emancipatório é a autonomia feminina, em que possam realizar suas próprias escolhas, principalmente no que tange a sexualidade e a reprodução. Por isso é tão importante que haja condições e acesso às informações e aos serviços oferecidos gratuitamente pelo Estado, pois se não há liberdade e possibilidade de escolha, então não existe autonomia. Essa realidade de escolha não existia no Brasil e a saúde voltada para as mulheres tinham como principal demanda a gestação e o parto, considerado o papel principal das mulheres na sociedade burguesa: sua função materna.

Diante deste cenário, com a procura de um serviço de planejamento familiar que atendesse às demandas de regulação da fecundidade, que o movimento feminista brasileiro colocou esse como sendo foco principal de luta na segunda onda do feminismo. Devido à ditadura militar houve uma limitação da liberdade de expressão nesse período. Como não havia uma política pública voltada para essa pauta e as camadas mais pobres da sociedade não tinham acesso às pílulas anticoncepcionais vendidas em grande escala pelas farmácias, o aborto passou a ser uma prática de muitas mulheres e adolescentes. Uma das conquistas do movimento feminista foi o PAISM que passou a dar uma assistência integral à saúde da mulher, sendo encaminhado como uma proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Um dos serviços oferecidos pelo PAISM foi o planejamento familiar que passou a ser direito de todo cidadão planejar sua prole e dever do Estado garantir todas as informações e os meios de acesso necessário.

O planejamento familiar também passou a ser realizado dentro da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos com a concepção dos direitos humanos. Desta forma, a saúde sexual e reprodutiva possibilitou que as pessoas pudessem ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Devido ao patriarcado e ao machismo os direitos sexuais e reprodutivos não são gozados por todas as mulheres, visto que a violência, opressão, dominação e exploração são instrumentos de manutenção do domínio da vida sexual feminina ainda nos dias atuais, sendo amplamente observado no planejamento familiar. O planejamento familiar por lei é uma decisão do casal, mas o que se observa é que recar para as mulheres a

responsabilidade da contracepção e da esterilização, fortificado pela desigualdade das relações sociais de sexo. Devido à ordem patriarcal e capitalista a procriação, a prevenção e a esterilização são amplamente difundidas como uma responsabilidade feminina.

Devido essa ordem o corpo feminino passou a ser uma propriedade social e coletiva, não é atoa que uma das indagações mais fortes das feministas é: nosso corpo nos pertence? Desta maneira, as mulheres reivindicam o direito de comandar seus próprios corpos, questionando o controle do patriarcalismo dentro do núcleo familiar. O debate feminista sobre os corpos se abria para um debate político, declarando suas diferenças, reivindicando seus direitos, sua liberdade e questionando o controle social ao qual são submetidas. A separação da sexualidade da procriação também faz parte da autonomia feminina. Portanto, buscou-se assegurar a liberdade de escolha dos contraceptivos como sendo um direito para todas as mulheres, porém com o uso da pílula houve uma maior responsabilização das mulheres na contracepção. As feministas passaram a questionar a ausência de tecnologia que desenvolvesse métodos contraceptivos voltados para os homens, visto que um dos objetivos era a inserção dos homens como também responsáveis da reprodução.

Tendo em vista os aspectos observados, nota-se que com a implementação do planejamento familiar houve uma redução das taxas total de fecundidade no Brasil, o qual passou a apresentar aproximadamente dois filhos por mulher. Contudo, isso não se aplicava as mães de classe social baixa que possuíam o dobro de filhos que as mães de classe média ou alta. Além disso, a taxa de fecundidade da área urbana é menos do que na área rural e quanto maior for a escolaridade das mulheres, menor é a fecundidade. A população negra e de classe social baixa ainda possui uma maior dificuldade em ter acesso a informações e aos serviços do planejamento familiar, assim como as mulheres da zona rural, refletindo em uma maior proporção de número de filhos indesejados, o não uso de métodos contraceptivos e de abortos provocados clandestinamente. Foi constatado também que houve uma maior taxa de esterilização masculina nos últimos anos, porém a esterilização feminina é muito maior, ressaltando que a predominação do sexo feminino no controle da natalidade ainda é superior à participação masculina. Além disso, a participação dos homens no planejamento familiar é bem reduzida.

Por fim, apesar dos avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ainda na contemporaneidade, nota-se uma forte cultura do patriarcado, que influencia na decisão da mulher na escolha dos métodos da contracepção e da esterilização, visto que historicamente é responsabilidade feminina. No âmbito do planejamento familiar são notórias as desigualdades nas relações sociais de sexo, visto que a imposição social da maternidade designando a mulher apenas no papel de mãe e dona do lar e a responsabilidade feminina no planejamento familiar, que contraria a Lei 9263/96, que deveria ser uma livre decisão do casal e não uma imposição.

Deste modo, faz-se importante ações educativas, como prevê a Lei, tanto para as mulheres quanto para os homens, para que haja uma desmistificação da figura feminina como única responsável dentro do planejamento familiar. Busca-se romper com o sistema baseado na exploração para a elaboração de uma sociedade pautada na igualdade e na liberdade, visto que o capitalismo é antagônico com a igualdade. Consideramos que as políticas públicas voltadas para a emancipação das mulheres, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, não é possível em um modelo de Estado patriarcal, racista e sexista. Desta maneira, o Estado não pode assegurar políticas públicas que irão garantir o acesso aos direitos de forma livre das amarras históricas da opressão, exploração e violência contra as mulheres.

Estudar a influência do patriarcado e do capitalismo na vida das mulheres, assim como seus determinantes históricos, teóricos e políticos faz-se necessário para que estimule uma autoreflexão da população feminina, bem como a conscientização desta sobre seu papel social e sua autonomia diante da sua saúde, principalmente no que diz respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos para que assim possam alcançar emancipação.

O presente estudo apresenta importante relevância em âmbito acadêmico, institucional e social. No campo acadêmico possibilita trazer a temática para os espaços de discussão e de construção do conhecimento, permitido assim formular ideias e ideais que permitam a emancipação feminina, no que diz respeito ao seu corpo e sua saúde, dentro da sociedade. No contexto institucional, com destaque para os serviços de saúde possibilita aos profissionais que assistem as mulheres durante o planejamento familiar repensar suas práticas e fazerem uma autocritica, se perguntando se realmente estão garantindo as usuárias a autonomia necessária pra decidirem conscientemente sobre a sua condição reprodutiva e se o apoio e as



orientações necessárias realmente estão sendo ofertados sem influencia do patriarcado. Aos profissionais que trabalham com a saúde da mulher, em especial a categoria do serviço social, se tornem mais propositivos a partir da reflexão sobre suas práticas profissionais, bem como adquirir um senso crítico da realidade para que possam viabilizar para suas usuárias o seu pleno direito sexual e reprodutivos, deixando de lado suas crenças e seu costumes.

Em âmbito social, este estudo evidencia que todas as mulheres devem ter o direito a entender sua história de repressão e subordinação, para que assim possam lutar e superar as garras opressoras as quais estão sujeitas. Logo, traz uma visão da mulher como detentora do poder sobre o seu corpo, mas que não consegue exercer sua autonomia, sendo necessário, assim, fortalecer as políticas sociais e de saúde, principalmente no que concerne ao planejamento familiar.

Identificamos a relevância acadêmica deste trabalho, no entanto o resultado do mesmo gera novas demandas teóricas e metodológicas no campo do debate aqui exposto. A conclusão desse estudo foi parcial por considerarmos que o processo de pesquisa é contínuo e temos pretensões de continuarmos o estudo iniciado, compreendendo, nesse contexto, a possibilidade de ampliação de processo de pesquisa em outro estágio de investigação.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. **Quem Somos**. [S.l]: Agência Patrícia Galvão. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 1 ago. 2017.

ALECRIM, G. M.; SILVA, E. P.; ARAÚJO, J. M. Autonomia da Mulher sobre o seu Corpo e a Intervenção Estatal. **Gênero & direito**, n. 2, p.158-76, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/20428/11799>. Acesso em: 5 out. 2017.

ALVES, J. E. D. **As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. 52 p. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/suas/revisoes\\_bpc/biblioteca-virtual-do-beneficio-de-prestacao-continuada-da-assistencia-social/textos\\_familia/as\\_politicas\\_populacionais\\_e\\_o\\_planejamento\\_familiar\\_na\\_america\\_latina\\_e\\_no\\_brasil.pdf](http://www.mds.gov.br/suas/revisoes_bpc/biblioteca-virtual-do-beneficio-de-prestacao-continuada-da-assistencia-social/textos_familia/as_politicas_populacionais_e_o_planejamento_familiar_na_america_latina_e_no_brasil.pdf). Acesso em: 29 jul. 2017.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v.19, supl. 2, p. 465-9, 2003. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e126/60995b61b172683a80ffbf39ad6c365163c7.pdf>. Acesso em: 5 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Vida cotidiana e o uso do tempo pelas mulheres. In: VIII Congresso luso-afro-brasileiro de ciências sociais, 8, 2004, Coimbra. **Painel**, Coimbra: Centro de estudos sociais, 2004. Não paginado. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel29/MariaBetaniaavila.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

\_\_\_\_\_; FERREIRA, V (Org.). **Trabalho Remunerado e Trabalho Doméstico no Cotidiano das Mulheres**. Recife: SOS Corpo, 2014. 105 p. Disponível em: [http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/07/livro\\_trabalho\\_versaoonline.pdf](http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2014/07/livro_trabalho_versaoonline.pdf). Acesso em: 30 ago. 2017.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R.M. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n.3, p. 360-96, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>. Acesso em: 30 ago. 2017.

BIROLI, F. **Família: novos conceitos**. Coleção o que saber. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014. 88 p. Disponível em: <http://redept.org/uploads/biblioteca/colecaoquesaber-05-com-capa.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 4 de set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o código penal. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40#art-213>. Acesso em: 3 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Lei do Planejamento Familiar**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://www.andi.org.br/file/51365/download?token=NwKBuql5>. Acesso em 07 ago. de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Caderno nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf). Acesso em 07 ago. de 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em 07 ago. de 2017.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, M. I. et al (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 5. ed, São Paulo: Cortez, 2012. 288 p.

CAMINOTI, J. M. **Sexo e Poder: violência sexual no âmbito doméstico e conjugal – Vitória (ES): agosto de 2006 – agosto de 2009**. 2015. 125p. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2015. Disponível em: [http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_7643 DISSERTA%C7%C3O%20CONCLU%CDDA.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_7643 DISSERTA%C7%C3O%20CONCLU%CDDA.pdf). Acesso em: 1 nov. 2017.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 nov. 2016

CISNE, M. **Feminismo e Consciência de Classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014. 280 p.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. **O Planejamento Familiar no Brasil no contexto das Políticas Públicas de Saúde: determinantes históricos**. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 37- 44, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a05.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1901** de 21 julho de 2009. Estabelece normas éticas para a esterilização cirúrgica masculina, 2009. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1901\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1901_2009.htm). Acesso em: 20 out. 2017.

CUNHA, B. M. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectiva de combate à violência de gênero**. In: XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito da UFPR, 16, 2014, Paraná. Artigo, Paraná: 2014. Disponível em: <http://www.direito.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2014/12/Artigo-B%C3%A1rbara-Cunha-classificado-em-7%C2%BA-lugar.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2017.

DATA POPULAR. **História**. [S.l]: Data popular. Disponível em: <http://datapopular.com.br/historia/>. Acesso em: 1 ago. 2017.

DAVIS, A. Y. **Freedom is a constant struggle: Ferguson, Palestine, and the Foundations of a Movement**. Chicago: Haymarket Books, 2016. 180 p.

DIAS, M. Escritos de Emma Goldman e breve biografia. **AnarcopunkORG**. 2017. Disponível em: <https://anarcopunk.org/v1/2017/05/escritos-de-emma-goldman-e-breve-biografia/>. Acesso em: 25 out 2017.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 959-66, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 out. 2017.

DOSSIER. Clara Zetkin. **EsquerdaNet**. 2010. Disponível em: <http://www.esquerda.net/dossier/clara-zetkin-1857-1933>. Acesso em: 25 out. 2017.

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. 4. ed. São Paulo: Centauro, 2012. 218 p.

FERREIRA, R.V.; COSTA, M.R.; MELO, D.C.S. **Planejamento Familiar: gênero e significados**. **Textos Contexto**, v. 13, n. 2, p. 387–97, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3215/321532943015/>. Acesso em: 13 jan. 2017.

GASPARETTO JUNIOR, A. Stalin. Biografias. **InfoEscola**. [S.l.]. Disponível em: <https://www.infoescola.com/biografias/stalin/>. Acesso em: 25 out. 2017.

HAILER, M. Angela Davis: a mulher mais perigosa do mundo. **Forum**. 2015. Disponível em: <https://www.revistaforum.com.br/2015/01/28/angela-davis/>. Acesso em: 25 out. 2017.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. Tradução Fátima Murad. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n.132, p. 595-606, 2007. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132>. Acesso em: 30 ago. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **A Instituição**. [S.l.]: IBGE b. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/disseminacao/eventos/missao/default.shtm> . Acesso em: 1 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. [S.l.]: IBGE a. Disponível em: <[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?id\\_pesquisa=40](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40)>. Acesso em: 1 ago. 2017.

KRÜGER, T. R. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimento. **R. Katál**, v. 17, n. 2, p. 218-26, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200218&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200218&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 23 set. 2017.

LESSA, S. **Abaixo à Família Monogâmica!** São Paulo: Instituto Lukács, 2012. 112 p.

LIMA, L. C. A mulher e o planejamento familiar: uma discussão sobre o gênero. In: VI Encontro de Iniciação Científica da FA7,6, 2010, Fortaleza. **Encontro**, Fortaleza: Uni7, 2010. Disponível em: [http://www.uni7setembro.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi\\_encontro/A\\_mulher\\_e\\_o\\_planejamento\\_familiar\\_um\\_discussao\\_sobre\\_genero.pdf](http://www.uni7setembro.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/A_mulher_e_o_planejamento_familiar_um_discussao_sobre_genero.pdf) >. Acesso em 25 nov. 2016.

MELO, H. P.; CASTILHO, M. Trabalho reprodutivo no brasil: quem faz? **Revista de Economia Contemporânea**. v. 13, n. 1, 2009. p. 135-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rec/v13n1/06.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F.; GOMES, R (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016. 96 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança, Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 302 p. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf). Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Apresentação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 32 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/bases/Apres\\_DECIT\\_EBERQUO\\_jul08.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/bases/Apres_DECIT_EBERQUO_jul08.pdf). Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº144**, de 20 de Novembro de 1997. Dispõe sobre o planejamento Familiar, 1997. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Y3-mW3tp9hQJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan\\_f/SAS\\_P144\\_97plan\\_f.doc+&c d=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Y3-mW3tp9hQJ:sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan_f/SAS_P144_97plan_f.doc+&c d=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Acesso em: 13 jul. 2017.

MOREIRA, L. M. A. Métodos contraceptivos e suas características. In: **Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual** [online]. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 125-37. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 26 out. 2017.

MOTTA, M. **Aborto no caso de gravidez resultante de estupro no casamento**. 2009. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro de Ciências Sociais e Jurídicas, Universidade do vale do Itajaí, Santa Catarina, 2009. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Monica%20Motta.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2017.

OLIVEIRA, D. S. Trabalho, Classe e Mulher: a questão da emancipação. In: I Simpósio Baiano de Geografia Agrária, 2013, Vitória da Conquista. Simpósio, Bahia: UESB, 2013a. Disponível em: <http://www.uesb.br/eventos/sbga/anais/arquivo/arquivo%2016.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

OLIVEIRA, F. Alexandra Kollontai: feminista bolchevique e incompreendida. **O Tempo**, Belo horizonte, 2013b. Disponível em: <http://www.otempo.com.br/opini%C3%A3o/f%C3%A1tima-oliveira/alexandra-kollontai-feminista-bolchevique-e-incompreendida-1.721530>. Acesso em: 25 out. 2017.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(IM) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989. 356 p.  
PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 88, n.1, p. 13-9, 2006. Disponível em: <http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2017.

PINTO, T. S. **As ferramentas na pré-história**. Mundo Educação. Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiageral/as-ferramentas-na-pre-historia.htm>. Acesso em: 28 jul. 2017.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001. Disponível em: [http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto\\_de\\_apoio\\_3\\_-\\_HS-Historia\\_Saude\\_no\\_Brasil.pdf](http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf). Acesso em: 21 jul. 2017.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Módulo Político Gestor. Especialização em saúde da família. [S.l.]: UNA-SUS/ UNIFESP, 2012. 21 p. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf). Acesso: 24 out. 2016.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 158 p.

SANTOS J, C.; FREITAS P, M. Planejamento Familiar na Perspectiva do Desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, p.1813-20, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n3/17.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

SANTOS, Y. G. **Mulheres Chefes de Família entre a Autonomia e Dependência: um estudo comparativo entre Brasil, França e Japão**. 2008. 295 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-18122008-104702/pt-br.php>. Acesso em: 5 out. 2017.

SCAVONE, L. Nosso corpo nos pertence? Discursos feministas do corpo. **Gênero**, v. 10, n. 2, p. 47- 62, 2010. Disponível em: <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/4/1>. Acesso em: 18 out. 2017.

SEDICIAS, S. Tudo sobre o DIU mirena ou de cobre. **Tua Saúde**. 2017. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/diu-dispositivo-intra-uterino/>. Acesso em: 5 nov. 2017.

SILVA, E. **O Planejamento Familiar na perspectiva feminina**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2007. Disponível em: [http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/Dissertacao\\_-\\_EdSilva.pdf](http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/Dissertacao_-_EdSilva.pdf). Acesso em: 19 out. 2017.

SIRELLI, P.; CRUZ, S. S. O Protagonismo das Mulheres na Revolução Russa: dos antecedentes ao legado. **Marx e o Marxismo - Revista do NIEP-Marx**, [S.l.], v. 5, n. 9, p. 224-44, 2017. Disponível em: <http://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/229>. Acesso em: 4 out. 2017.

SOS CORPO, Instituto Feminista para democracia. **Quem Somos**. [S.l.]: SOS corpo. Disponível em: <http://soscorpo.org/quem-somos/>. Acesso em: 1 ago. 2017.

SOUZA, O. M.; DOMINGUES, A. Emancipação Política e Humana em Marx: alguns apontamentos. **Revista eletrônica arma da crítica**, n. 4, p. 67-81, 2012.



Disponível em:

[http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/artigo4\\_20131.pdf](http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/artigo4_20131.pdf). Acesso em: 5 out. 2017.

UGÁ, M. A. D.; PIOLA, S .F.; PORTO, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 417-38, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a08v08n2.pdf>. Acesso em: 5 out. 2017.

UTSCH, I. **Reação Patriarcal contra a vida as mulheres:** debates feministas sobre conservadorismo, corpo e trabalho. São Paulo: Sof, 2016. 38 p. Disponível em: <http://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2017/02/Cartilha-conservadorismo-web-1.pdf>. Acesso em: 17 out. 2017.

VASCONCELOS, M. A. L.; PONTES, I. O.; SILVA, J. W. P. Violência Sexual nas Relações Conjugais e a Possibilidade de Configurar-se Crime de Estupro Matrimonial. **Cadernos de Graduação**, v. 2, n. 3, p. 1-15, 2015. Disponível em: [http://flucianoifeijao.com.br/novo/wp-content/uploads/2016/03/VIOLENCIA\\_SEXUAL\\_NAS\\_RELACOES\\_CONJUGAIS.pdf](http://flucianoifeijao.com.br/novo/wp-content/uploads/2016/03/VIOLENCIA_SEXUAL_NAS_RELACOES_CONJUGAIS.pdf). Acesso em: 9 set. 2017.